



## **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia

# **ESTUDO DAS PROPRIEDADES MÉTRICAS DA *EMPOWERMENT SCALE FOR PREGNANT WOMEN* PARA O CONTEXTO PORTUGUÊS**

## **DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Orientação:**

Professora Doutora Teresa Martins

**Co-orientação:**

Professora Maria Rui Sousa

**Clara Maria Cardoso da Silva Aires**

**Porto | 2012**



*"O homem não se faz por si mesmo. Somos formados por milhares de outros. Cada pessoa que alguma vez tenha feito um gesto bom por nós, ou nos tenha dito uma palavra de encorajamento, entra na formação do nosso carácter e nossos pensamentos, tanto quanto do nosso sucesso."*

(George Matthew Adams)



## AGRADECIMENTOS

Ao terminar o presente trabalho, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que de alguma forma estiveram presentes, me apoiaram e contribuíram para que este trabalho se concretizasse.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Teresa Martins e Professora Maria Rui Sousa, que me acompanharam sempre nesta caminhada. Agradeço-lhes pela partilha do saber, pela compreensão, serenidade e disponibilidade preciosas para o desenvolvimento do estudo.

À professora e amiga Alexandrina Cardoso, por ser uma inspiração e uma referência; pela partilha e discussões que tanto enriqueceram o trabalho e por ser um amparo nos momentos mais difíceis.

À Unidade Local de Saúde de Matosinhos, em particular às enfermeiras das Unidades de Cuidados na Comunidade - Leça da Palmeira, Matosinhos, Senhora da Hora e S. Mamede Infesta e da consulta externa de Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano que ajudaram a tornar este estudo possível.

A todas as grávidas que colaboraram no estudo, sem elas seria impossível concretizar este trabalho.

À minha família pela compreensão da minha ausência.

À amiga e colega de mestrado Isabel Ferreira com quem entrei nesta aventura da investigação e que foi a companheira de todos os momentos.

Ao Pedro Melo pelos contributos valiosos.

Às amigas Patrícia, Sandra, Júlia e Margarida pelo apoio e por estarem sempre presentes.

Ao João Paulo e à Carolina...por tudo!



## SIGLAS E ABREVIATURAS

|      |  |
|------|--|
| CIPE | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem |
| DGS  | Direção Geral da Saúde                                   |
| DP   | Desvio Padrão  |
| EEG  | Escala de <i>Empowerment</i> da Grávida                  |
| EE   | Escala de <i>Empowerment</i>                             |
| ESEP | Escola Superior de Enfermagem do Porto                   |
| HPH  | Hospital Pedro Hispano                                   |
| HEN  | Health Evidence Network                                  |
| M    | Média Aritmética   |
| Máx. | Valor máximo   |
| Min. | Valor mínimo   |
| N    | Número de participantes da amostra                       |
| OMS  | Organização Mundial de Saúde                             |
| ONU  | Organização das Nações Unidas                            |
| PNS  | Plano Nacional de Saúde                                  |
| SCO  | Sentido de Coerência Interna                             |
| ULSM | Unidade Local de Saúde de Matosinhos                     |
| WHO  | World Health Organization                                |





## ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| 0.INTRODUÇÃO.....  | 17  |
| 1.O <i>EMPOWERMENT</i> NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRÉ-NATAIS ....   | 21  |
| 1.1.Empowerment como conceito central nos cuidados de enfermagem ...   | 26  |
| 1.2.O Empowerment na gravidez.....   | 30  |
| 2.ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA .....  | 33  |
| 3.MÉTODO .....   | 41  |
| 3.1.Participantes.....   | 42  |
| 3.2.Material .....   | 45  |
| 3.3.Procedimentos .....  | 48  |
| 3.4.Tratamento da informação.....  | 50  |
| 3.5.Considerações éticas .....   | 51  |
| 4.RESULTADOS .....   | 53  |
| 5.DISCUSSÃO .....  | 61  |
| 6.CONCLUSÃO .....  | 67  |
| 7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 71  |
| ANEXOS.....  | 79  |
| ANEXO I - Autorização para colheita de dados na ULS Matosinhos EPE- .....  | 81  |
| ANEXO II - Consentimento Informado - .....   | 85  |
| ANEXO III - Instrumento de colheita de dados - .....   | 89  |
| ANEXO IV - Pedido e autorização aos autores para a utilização da <i>Empowerment Scale for Pregnant Women</i> .....                             | 95  |
| ANEXO V - Pedido e autorização aos autores para a utilização da versão portuguesa da Escala de <i>Empowerment</i> de Rogers <i>et al</i> ..... | 99  |
| ANEXO VI - Relatório da reunião de tradução da <i>Empowerment scale for pregnant women</i> .....   | 103 |



## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| TABELA1: Componentes do empowerment na literatura de enfermagem .....   | 29 |
| TABELA 2: Definição dos componentes do <i>empowerment</i> .....   | 30 |
| TABELA 3: Caraterização da amostra segundo a idade, a escolaridade e a idade gestacional .....  | 42 |
| TABELA 4: Caraterização da amostra segundo tipo de complicações na gravidez .   | 43 |
| TABELA 5: Caracterização da amostra segundo o Estado de Saúde Autopercebido   | 44 |
| TABELA 6: Caraterização da amostra segundo as componentes do Sentido de Coerência.....  | 45 |
| TABELA 7: Itens constituintes das dimensões da Escala de <i>Empowerment</i> .....   | 47 |
| TABELA 8: Consistência interna para os componentes da Escala de <i>Empowerment</i> .....  | 47 |
| TABELA 9: Valores padrão para a correlação $r$ de Pearson.....  | 51 |
| TABELA 10: Frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão por item da Escala de Empowerment da Grávida .....                       | 54 |
| TABELA 11: Análise descritiva da Escala de <i>Empowerment</i> da Grávida (total e dimensões) .....  | 55 |
| TABELA 12: Itens constituintes das dimensões da Escala de <i>Empowerment</i> da Grávida .....   | 56 |
| TABELA 13: Correlações de Pearson Escala de <i>Empowerment</i> da Grávida (total e dimensões) .....                                       | 57 |
| TABELA 14: Correlações de Pearson entre a Escala de Empowerment da Grávida e a Escala de Empowerment (total e dimensões).....             | 57 |
| TABELA 15: Consistência interna da Escala de Empowerment da Grávida (total e dimensões) .....   | 58 |
| TABELA 16: Correlação de Pearson entre percepção de estado de saúde e a Escala de <i>Empowerment</i> da Grávida (total e dimensões) ..... | 58 |

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| FIGURA 1: Percurso e componentes do <i>empowerment</i> ..... | 25 |
|--|----|



## RESUMO

Estudo das propriedades métricas da *Empowerment Scale for Pregnant Women* para o contexto português

O *empowerment* da grávida é definido como “um sentido de autorealização e de independência, conquistado pela interação com o ambiente e com os outros indivíduos, conduzindo a um aumento da energia psicológica para a concretização da experiência de gravidez e parto desejada.” (Kameda & Shimada, 2008, p. 39).

O presente estudo teve como objetivo a adaptação e validação para a população portuguesa da “*Empowerment Scale for Pregnant Women*” desenvolvida por Kameda e Shimada (2008), para avaliar o nível de *empowerment* da grávida numa perspetiva multidimensional centrada na responsabilidade e autonomia individuais para a autorrealização da sua própria saúde.

Após a sua tradução e adaptação, o questionário foi aplicado a uma amostra de 166 grávidas. A Análise dos Componentes Principais respeitando a proposta de cinco fatores apresentada pelas autoras (autoeficácia, previsão do futuro, autoestima, apoio e segurança de outros e alegria pela inclusão de um novo membro na família) explica 50,76% da variância total. A escala mostrou uma boa consistência interna em todos os domínios (de 0,68 a 0,74) exceto a sub escala “alegria pela inclusão de um novo membro na família”. A subescala “autoeficácia” é aquela que melhor explica a variância total da escala (correlação de 0,83 com a escala total). A validade de critério foi verificada pela correlação moderada com a escala de *empowerment* de Rogers, Chamberlein, Ellison, Crean (1997), verificando-se também uma correlação moderada com a perceção do estado de saúde (validade convergente).

Podemos assim considerar que a Escala de *Empowerment* da Grávida constitui um instrumento fiável, válido e adaptado para medir o *empowerment* das grávidas portuguesas, não dispensando no entanto, estudos complementares em que sejam novamente analisadas as propriedades psicométricas da escala.

**PALAVRAS-CHAVE:** Escala de *empowerment*, propriedades métricas; cuidados de enfermagem pré-natais



## ABSTRACT

Study of metric properties of the Empowerment Scale for Pregnant Women to the Portuguese context

*Empowerment* in pregnant women is defined by Kameda e Shimada (2008) as a sense of auto realization and independence, conquered by the interaction with the environment and with other individuals, leading to an increased psychological energy towards the pregnancy experience desired by women.

The purpose of this study was to adapt and validate the *Empowerment* Scale for Pregnant Women of Kameda e Shimada (2008) to the Portuguese population, so that it could be possible to evaluate the level of pregnant women *empowerment* in a multidimensional perspective, centered in their responsibility and autonomy to achieved self-realization in their own health.

After translation and adaptation, the questioner was applied to a sample of 166 pregnant women. The principal component analysis, respecting the author proposal of a 5 factors categorization (self-efficacy, future image, self-esteem, support and assurance from others and joy of an addition to the family) explains 50.76% of the total variance. The scale reveled a good internal consistency in all domains (from 0,68 to 0,74) except the sub scale *joy of an addition to the family*. The subscale *self-efficacy* is the one that explains better de total variance of the scale (correlation of 0,83 with the total scale). The criterion-related validity was verified by the moderate correlation with Rogers, Chamberlein, Ellison and Crean *Empowerment* Scale (1997). It was also verified the convergent validity by the moderate correlation with the health perception of the paticipants.

We can conclude that our translation and adaptation of the *Empowerment* Scale for Pregnant Women can be considered a viable instrument to measure the *empowerment* of pregnant women, but still not dispensing further investigation to again analyze it´s psychometric properties.

**Key Words:** *Empowerment* scale, metric properties; nursing prenatal care





## 0.INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos tem-se verificado um interesse crescente pelo conceito de *empowerment*. A literatura sobre este conceito complexo e multifacetado apresenta definições de diversas áreas do conhecimento. Em termos históricos, o conceito tem raízes na ideologia de ação social, nas lutas pelos direitos civis e no movimento feminista da década de 60. Nos anos 70 é influenciado pelos movimentos de autoajuda. É na década de 80 que o conceito ganha significado na área da psicologia comunitária e nos anos 90 sofre a influência dos movimentos de afirmação do direito à cidadania em várias áreas da vida social, entre as quais a área da saúde.

Genericamente, *empowerment* pode ser definido como: "um processo social de reconhecimento, promoção e aumento da capacidade dos cidadãos irem de encontro à satisfação das suas próprias necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários no sentido de controlarem a sua vida" (Gibson, 1991, p. 359).

O conceito de *empowerment* confunde-se, por vezes, com conceitos próximos como estratégias de *coping*, suporte mútuo, sistemas de suporte, organização comunitária, autoeficácia, competência, autosuficiência e autoestima (Keiffer, 1984 cit. in Hermansson & Martensson, 2011 ), mas com os quais não deve ser comparado ou confundido, dado que é um conceito aberto que apresenta formas diferentes de acordo com o contexto , população e estadios de desenvolvimento, cuja operacionalização adequada tem de contemplar as condições situacionais (Zimmerman & Perkins, 1995).

Encontramos na literatura aplicação do conceito em vários contextos quer a nível individual, organizacional e comunitário, podendo ser considerado como processo e resultado simultaneamente (Asoh & Rivers, 2010).

No campo da saúde, a complexidade dos fatores envolvidos tem evidenciado a importância e a necessidade de investimento na área da promoção da saúde e, neste contexto, é introduzido o conceito de *empowerment* como uma filosofia, um modelo e como uma estratégia de ganhos em saúde, na medida em que se reconhece que a sua ausência constitui um fator de risco para a saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2001), *empowerment* é um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, conscientes que é primordial ganharem controlo sobre as suas vidas, especificamente na sua saúde. Segundo Gibson (1991, p.359) *empowerment* na promoção da saúde, é definido como "um processo que ajuda as pessoas a firmar o seu controlo sobre os fatores que afetam a sua saúde".

Nesta perspetiva, os cuidados de enfermagem devem incorporar estratégias de sensibilização que promovem a consciencialização e facilitam o acesso aos recursos pessoais e do contexto social e visam "permitir às pessoas realizarem a sua capacidade para influenciar a própria saúde" (CIPE, 2011, p.96). Os cuidados de enfermagem no contexto da gravidez deverão basear-se num processo de atuação dinâmico, facilitador, de escuta e negociação com a grávida/casal, em que se desenvolve uma relação de confiança e respeito mútuo.

A gravidez e a transição para a parentalidade, constitui uma etapa marcante, extremamente significativa na vida da mulher. Recentemente consolidam-se conceitos de cidadania e de *empowerment*, onde a pessoa assume um papel ativo, sendo a principal responsável pela sua saúde. Simultaneamente e em consonância com este novo paradigma os princípios orientadores dos cuidados de enfermagem pré-natais foram mudando, sendo cada vez mais centrados nas grávidas. A enfermagem centrando-se nos projetos de saúde-doença que cada pessoa vive e persegue, com os seus processos intencionais, não intencionais e interacionais com o ambiente, orienta-se em continuidade e proximidade para os seus processos de transição (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Chick e Meleis (1986, p.239) definem transição como "uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro". A gravidez corresponde a uma experiência de transição desenvolvimental, de acordo com os padrões definidos por Meleis. Assim o enfermeiro deve focar-se nas forças da mulher e do casal potenciadoras de uma transição saudável, identificando e intervindo nos condicionantes (que podem ser inibidores ou facilitadores da mesma), de modo a capacitar a mulher e o casal de forma eficaz para promover uma transição saudável.

Neste contexto, o desafio para os enfermeiros é prestar cuidados que proporcionem apoio e suporte e que permitam a capacitação das grávidas para lidar com as mudanças físicas e emocionais associadas à gravidez.

Segundo Kameda e Shimada (2008, p.39) o *empowerment* da grávida, ao nível individual, é definido como:

“ ...Um sentido de autorealização e de independência, conquistado pela interação com o ambiente e com os outros indivíduos, conduzindo a um aumento da energia psicológica para a concretização da experiência de gravidez e parto desejada.”

Dado o carácter multidimensional e dinâmico do conceito de *empowerment* cuja operacionalização efetiva exige que sejam contempladas as condições situacionais, é fundamental a utilização de instrumentos práticos que permitam a sua determinação em função da população, contexto e dimensões específicas.

Os instrumentos de medida como as escalas, permitem obter na prática clínica, dados consistentes, e não meras suposições, que poderão contribuir para práticas de cuidados de enfermagem individualizadas e convenientemente fundamentadas.

A revisão da literatura referente à investigação em enfermagem contemplando a temática do *empowerment* no contexto específico da gravidez é escassa e não encontramos instrumentos em português que permitam a sua correta avaliação na etapa de transição específica da gravidez e, deste modo, determinar as reais necessidades de cuidados para cada grávida, assim como a implementação de intervenções personalizadas que promovam o nível de *empowerment* de forma individualizada, considerando as condições sócio contextuais.

Assim, considerou-se pertinente proceder à adaptação cultural para a população portuguesa da “*Empowerment Scale for Pregnant Women*” de Kameda e Shimada (2008). A disponibilidade desta escala para a prática clínica permitirá identificar as necessidades das grávidas, compreender o modo como estas vivenciam a gravidez e a transição para a parentalidade e contribuir para centrar os cuidados de enfermagem nas clientes e suas necessidades.

A investigação acerca do *empowerment* nos cuidados de enfermagem na gravidez poderá dar contributos para o conhecimento sobre a atuação dos enfermeiros e ganhos em saúde decorrentes.

O presente documento está estruturado em capítulos. No primeiro apresentamos o enquadramento teórico abordando o conceito e os níveis de

*empowerment* e a sua contextualização nos cuidados de enfermagem e na gravidez em particular. No segundo capítulo, referente à metodologia são descritos os participantes, o material, os procedimentos de recolha, análise e tratamento dos dados e as considerações éticas. O terceiro capítulo é dedicado à apresentação dos resultados e no quarto capítulo é apresentada a sua discussão. No quinto capítulo são enunciadas algumas considerações finais e sugestões, e evidenciados os resultados obtidos mais pertinentes decorrentes da investigação. Finaliza-se o trabalho com a bibliografia consultada, à qual se seguem os anexos.

## 1.0 EMPOWERMENT NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRÉ-NATAIS

Neste capítulo pretende-se analisar o conceito de *empowerment*, fazendo uma contextualização histórica da evolução do conceito e da sua definição nas diferentes áreas como a gestão, a economia, a política, o desenvolvimento comunitário e a introdução do conceito na área da saúde, em particular na enfermagem obstétrica. Faz-se ainda referência ao processo e às dimensões ou componentes do *empowerment*.

O termo *empowerment* é uma palavra de língua inglesa de difícil tradução. Na língua portuguesa é traduzida pelo termo empoderamento, contudo, esta tradução ainda não reuniu consenso e o termo não está presente nos principais dicionários de língua portuguesa pelo que neste estudo decidimos utilizar o termo *empowerment*.

O interesse no conceito de *empowerment* tem vindo a proliferar e a utilização do termo tem sido cada vez mais frequente nos últimos anos. A literatura sobre o conceito é diversa e multifacetada, e expande-se pelas áreas da educação, das organizações, do ambiente, da sociologia, da psicologia e das ideologias feministas (Rodwell, 1996).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE (2011, p.96), o conceito de *empowerment* está presente na ação “dar poder” sendo entendido como “permitir às pessoas realizarem a sua capacidade para influenciar a própria saúde.”

Em termos históricos, o conceito de *empowerment* está subjacente à ideologia de ação social, de democracia participativa e movimentos sociais autónomos da década de 60 e na perspetiva de autoajuda dos anos 70. Em 1981 o conceito é introduzido por Rappaport, com o objetivo de estimular e de influenciar as políticas de saúde mental. Na sua perspetiva o *empowerment* é um conceito desenvolvimental que leva à promoção e ao reforço do crescimento e potencial dos indivíduos, das famílias e das comunidades (Rappaport, 1984, cit.in Hermansson & Martensson, 2011). O *empowerment* pode ser também definido como “um constructo que liga forças e competências individuais, sistemas naturais de ajuda e comportamentos proativos com políticas e mudanças sociais” e como um conjunto de “mecanismos através dos quais as pessoas, as organizações e as

comunidades adquirem domínio sobre as suas vidas” permitindo a sua análise numa vertente individual, organizacional e comunitária (Rappaport 1984, cit. in Zimmerman e Perkins, 1995, p.569).

Segundo Zimmerman e Perkins (1995) o *empowerment* não deve ser reduzido a constructos psicológicos como autoestima, competência ou *locus* de controlo, com os quais é muitas vezes comparado e confundido. Para estes autores o *empowerment* psicológico é um construto em aberto que apresenta formas distintas em contextos, populações e estadios de desenvolvimento diferentes e não pode assim ser captado de forma adequada através de uma só operacionalização que não contemple as condições situacionais. Assim, o desenvolvimento de uma medida global e universal de *empowerment* não parece ser exequível. É importante, por conseguinte, compreender como contextos diferentes influenciam e condicionam as experiências de *empowerment* dos indivíduos.

Sendo o *empowerment* um conceito difícil de definir é mais facilmente entendido pelo que a sua ausência significa: impotência, desamparo, alienação e dependência (Gibson, 1991; Wallerstein & Bernstein, 1988). Apesar desta dificuldade de definir de forma clara e consistente o conceito, este surge associado a outros conceitos como estratégias de *coping*, suporte mútuo, sistemas de suporte, comunidade, organização, autoeficácia, competência, autosuficiência e autoestima (Keiffer, 1984 cit. in Hermansson & Martensson, 2011). Para Simmons e Parsons (1983, cit.in Hermansson & Martensson, 2011, p.812),” *empowerment* é o processo de capacitar as pessoas para dominar o seu ambiente e alcançar a autodeterminação.”

O significado central do conceito de *empowerment* está, segundo Bernstein, Wallerstein, Braithwaite, Gutierrez, Labonet & Zimmerman (1994), no “ganho de poder”, sendo que neste contexto, traduz a ideia da capacidade de agir e criar mudanças na direção desejada, ou seja, obter controlo sobre as suas forças pessoais, sociais, económicas e políticas, de modo a melhorar a vida. Assim a conquista de poder pode referir-se ao “poder sobre”, como capacidade de ter influência sobre os outros ou o “poder para”, e ser a capacidade de agir ou criar a mudança da forma desejada. Page e Czuba (1999) acrescentam que o conceito está intimamente relacionado com as mudanças de poder: ganhar, gastar, diminuir, e perder.

Recentemente, o conceito de poder passou a ser entendido como passível de ser partilhado, uma vez que pode ser fortalecido através da partilha com os outros (Kreisburg, 1992 cit. in Hur, 2006). Poder partilhado é definido, “como um processo que ocorre nos relacionamentos, que nos dá a possibilidade de empoderamento” e também como “um processo social multi-dimensional que ajuda as pessoas a ganhar controlo sobre suas vidas” (Page & Czuba, 1999 cit. por Hur, 2006, p. 524). Neste sentido empoderar significa dar poder a outro. Assim, a grande conclusão relativamente ao poder é que o importante não é *ter* mais poder mas *sentir-se* com mais poder (Kieffer, 1984 cit. in Pereira, 2010). Deste modo evidencia-se a importância da autoperceção das próprias capacidades e a valorização dos recursos, como determinantes no *empowerment*.

O conceito de *empowerment* tem sido usado em diversos campos como a psicologia comunitária, a saúde mental, a enfermagem, a medicina, a sociologia, a educação e o desenvolvimento organizacional. Nas diversas áreas de aplicação do conceito verificam-se aspetos comuns como a definição de níveis ou tipos de *empowerment* (individual, organizacional e comunitário) e ainda o duplo significado do *empowerment* como processo e resultado simultaneamente (Asoh & Rivers, 2010).

Existem diversas perspetivas teóricas de *empowerment* que atribuem em simultâneo dois significados: processo e resultado, sugerindo que as ações, as atividades e as estruturas podem ser empoderantes e que os resultados desses processos originam um determinado nível de empoderamento (Bernstein *et al.* 1994; Gibson 1991; Zimmerman & Perkins, 1995). Zimmerman e Perkins (1995) consideram que, para definir a teoria de *empowerment* é fundamental distinguir claramente os processos dos resultados.

O *empowerment* enquanto processo faz-se a três níveis: individual, através da participação nas organizações comunitárias; organizacional incluindo tomada de decisões coletivas ou liderança participativa e comunitário incluindo ações coletivas para aceder a recursos governamentais ou de outras comunidades.

Wallerstein & Bernstein (1994) também definem três níveis de *empowerment*:

- Individual ou psicológico, quando se refere à capacidade do indivíduo para tomar decisões e ter controlo sobre a sua própria vida. Combina eficiência

pessoal e competência, um sentido de domínio e controle, e um processo de participação para influenciar instituições e decisões;

- Organizacional, quando se refere ao controle democrático onde cada membro compartilha informação e poder. Utiliza um processo cooperativo de tomar decisões e pressupõe aumentar os esforços em direção a uma mesma meta definida;
- Comunitário, sendo aquele onde indivíduos e organizações aplicam as suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, para encontrar as respectivas necessidades. Este nível tem a possibilidade de influenciar decisões e mudanças no sistema social mais amplo, é composto de capacidade e ação, onde capacidade é definida pelo uso de poder para resolver problemas e ação é definida por conseguir uma razoável partilha de recursos.

Segundo Gibson (1995), o primeiro passo no processo de *empowerment* passa por descobrir os seus agentes opressores e promotores presentes no contexto como as desvantagens, a opressão, a alienação e a estratificação. O segundo passo ou estadio é descrito como o processo de consciencialização, que significa que os indivíduos necessitam de ganhar consciência dos seus limites de poder e em simultâneo do seu potencial para mudar as circunstâncias ou aumentar o poder interior. A consciencialização é o processo de aumentar a capacidade de reconhecer como as estruturas sociais e políticas afetam as experiências pessoais e coletivas e podem ser geradoras de sentimentos de impotência. O “poder interior” é fortalecido pelo desenvolvimento e aquisição dos conhecimentos necessários e do desenvolvimento da confiança na possibilidade de mudança. A estratificação é referente à forma como os grupos na sociedade se diferenciam uns dos outros e estão posicionados numa ordem hierárquica. A impotência está relacionada com a falta de competências para gerir emoções, habilidades, conhecimentos e recursos materiais que conduzam a um desempenho efetivo nos papéis sociais valorizados e à satisfação pessoal. O terceiro passo no processo de *empowerment* consiste em tomar a iniciativa e entender como mobilizar o suporte coletivo e agir. O processo de *empowerment* continua no quarto estadio através do seu crescimento e maximização pela partilha de poder com a população. O resultado da consciencialização da força, competências e capacidades individuais, capacita e reforça o sentido de poder, mesmo durante circunstâncias de mudança. A experiência de sentimentos de frustração, decepção, e raiva desenvolve a capacidade de resistência e de controle pessoal.



O processo de *empowerment* é apresentado na literatura de forma sequencial, mas na realidade ele é vivido como uma série de processos que ocorrem simultaneamente pois desenvolve-se de forma interativa, não linear e os seus componentes são interdependentes e sobrepõem-se (Gibson, 1995).

A análise da literatura realizada por Hur (2006) concluiu que o processo de *empowerment* pode ser sintetizado em cinco estádios sequenciais: a existência de perturbação social, consciencialização, mobilização, maximização, e criação de uma nova ordem (figura 1). Verificou ainda que o *empowerment* ocorre a dois níveis interrelacionados: a nível individual e a nível coletivo, cada um tendo os seus componentes próprios. O *empowerment* individual inclui os componentes: significado, competência, autodeterminação, e impacto cujo objetivo é alcançar um estado de libertação forte o suficiente para influenciar a sua força perante a vida, a comunidade e a sociedade. Ao nível coletivo foram também identificados quatro componentes que incluem sentido de pertença coletiva, o envolvimento na comunidade, o controlo nas organizações e na comunidade e a participação na construção da comunidade. O objetivo ao nível coletivo é estabelecer a construção da comunidade de modo a que os seus membros alcancem uma sensação de liberdade, de pertença e poder que possa levar à mudança social construtiva. O *empowerment* individual e coletivo não podem ser completamente separados. O objetivo do *empowerment* individual deve ser consistente com o do *empowerment* coletivo.

FIGURA 1: Percurso e componentes do *empowerment*



FONTE: Hur(2006, p.536).

Enquanto processo de pensamento e ação, o *empowerment* é dinâmico e está em constante evolução (Foster-Fishman, Salem, Chibnall, Legler & Yapchai, 1998). Este processo tem implícito um desenvolvimento contínuo que envolve muitas mudanças e é através dele que um indivíduo ou grupo é capaz de fortalecer e exercer a sua capacidade de agir para obter controlo e domínio sobre a vida, a comunidade e a sociedade. Whetten (1989) acrescenta que um aspeto essencial de qualquer teoria de desenvolvimento é o reconhecimento das restrições de tempo e espaço de um fenómeno. Os contextos estão em contínua alteração, são dinâmicos e, por vezes, têm um carácter flutuante. Consequentemente o *empowerment* é particularmente propenso a flutuações ao longo do tempo. Segundo Hermansson e Martensson (2011) os elementos envolvidos no processo de *empowerment* são todos necessários e estão intimamente interligados, mas não de uma forma hierárquica ou linear.

O *empowerment* enquanto resultado, é visto como autoconceito positivo, satisfação pessoal, autoeficácia, autoestima, domínio, controlo, um senso de ligação, sentimento de esperança, uma melhor qualidade de vida, maior bem-estar, e também mais saúde (Gibson, 1995).

Dada a complexidade do conceito de *empowerment*, é fundamental o uso de métodos de pesquisa que possam efetivamente apreender os seus pressupostos de multiplicidade e dinamismo. A utilização de métodos sensíveis a estes pressupostos representa uma evolução essencial na operacionalização da teoria de *empowerment* (Rappaport, 1990; Zimmerman & Perkins, 1995).

## **1.1. Empowerment como conceito central nos cuidados de enfermagem**

Segundo a orientação do PNS 2012-2016, os cuidados de enfermagem devem ser organizados centrados no cidadão e em dar resposta às suas necessidades, numa relação de parceria que responsabiliza o cidadão pela sua própria saúde e que abrange áreas tão diversas como a saúde mental, a doença crónica, a saúde materna ou a educação para a saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001) *empowerment* é um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder, necessários para articular os seus interesses, conscientes que é primordial ganharem controlo sobre suas vidas,

especificamente na sua saúde. Segundo esta organização, promover o *empowerment* das pessoas pode ajudá-las a compreender as suas próprias situações e aumentar o controlo sobre os fatores que afetam as suas vidas. Em 2006, a OMS afirma que o *empowerment* pode ser analisado como um conceito dinâmico inter-relacionando os vários níveis, a partir do momento em que a pessoa sente que obteve controlo individual, devido ao desenvolvimento de capacidades perante determinada situação.

A complexidade dos fatores envolvidos na saúde tem evidenciado a necessidade de se investir na promoção da saúde. Neste contexto o *empowerment* tem tido um papel de destaque, focando a atenção nos intervenientes para a prevenção de abuso de substâncias, redução de peso, cessação do tabagismo e moderação do consumo de álcool. Segundo Gibson (1991, p. 359) *empowerment* numa perspetiva de promoção da saúde, é definido como "um processo que ajuda as pessoas a firmar o seu controlo sobre os fatores que afetam a sua saúde".

Rogers deu grandes contributos teóricos na aquisição do conceito de *empowerment* para a saúde. Particularmente centrado no indivíduo, perspetiva o ser humano como integrante com o meio ambiente na sua vida diária e da sua experiência em saúde. Segundo a teoria de Rogers (cit. in Shearer, 2009, p. 4) o *empowerment* é um processo de saúde dinâmico que enfatiza "a participação intencional no processo de mudança de si mesmo e do seu próprio ambiente; o reconhecimento de padrões e mobilização de recursos internos para promover o bem-estar." Consiste ainda na promoção e na sensibilização dos indivíduos da capacidade de participar conscientemente na sua saúde e nas decisões de cuidados de saúde. Este processo facilita a participação intencional na consecução das metas de saúde e na promoção do bem-estar individual. *Empowerment* em saúde é um processo relacional que emerge do reconhecimento pessoal dos seus próprios recursos pessoais e sócio-contextuais. Wallerstein (1998) acrescenta que a educação para a saúde baseada no *empowerment* visa aumentar a credibilidade dos indivíduos na sua própria capacidade de mudar as suas próprias vidas. Neste sentido, o *empowerment* insere-se no campo da promoção da saúde como uma estratégia de ganhos em saúde, na medida em que se reconhece que a sua ausência constitui um fator de risco para a saúde.

Já em 1978, na Declaração de Alma-Ata surgia o conceito de cidadania em saúde definido como "o direito e dever das populações em participar individual e

coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Alma-Ata, 1978, cit. in Plano Nacional de Saúde, p. 3).

Mais tarde, em 1986, a Carta de Ottawa referia que o *empowerment* da comunidade é um conceito central na promoção da saúde. Atualmente, o relatório de síntese da Health Evidence Network (HEN), coordenado pela OMS, e relativo à eficácia das estratégias de *empowerment* para melhorar a saúde e reduzir as disparidades, evidencia que as iniciativas de *empowerment* podem conduzir a ganhos em saúde e que o *empowerment* é uma estratégia viável para a promoção da saúde pública. O mesmo documento enuncia, como mensagem principal, que o *empowerment* é uma estratégia complexa que se adequa a ambientes complexos e que a eficácia das estratégias de *empowerment* pode depender tanto da atuação e do tipo de liderança, como do contexto global em que são implementadas. A participação dos cidadãos parece fundamental na redução da dependência dos profissionais de saúde, garantindo a sensibilidade cultural e local dos programas de saúde, aumentando a sua produtividade, eficácia e eficiência e melhorando, consequentemente a saúde por direito próprio.

Concretamente em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 responsabiliza cada pessoa pela sua própria saúde, e enfatiza a importância da capacitação dos cidadãos para uma atitude mais participativa e responsável relativamente à sua saúde, tendo como base a filosofia de *empowerment* na prestação de cuidados à população.

Os cuidados de enfermagem centrados no *empowerment* incorporam estratégias de sensibilização promotoras do acesso aos recursos pessoais e do contexto social e ajudam os indivíduos a tornarem-se conscientes e comprometidos na participação e na concretização das metas de saúde. Os enfermeiros podem servir como um recurso, fornecer apoio, informação, *feedback*, promover a partilha de sentimentos e a implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento das habilidades. O desafio para os enfermeiros passa por serem facilitadores do conhecimento e do acesso aos recursos pessoais e sócio-contextuais. Na perspetiva da enfermagem promover o *empowerment* na saúde representa um processo humano dinâmico (Shearer, 2009).

Neste modelo de cuidados, o *empowerment* é entendido como um processo em constante evolução que tem por base os antecedentes, ou seja, os elementos necessários que permitem aos indivíduos iniciar o processo de *empowerment*. Nos

antecedentes incluem-se os conhecimentos, a educação em saúde, a capacidade de iniciativa e o acesso aos recursos. Como processos para o *empowerment* são importantes a partilha de informação, a comunicação e a tomada de decisão partilhada. Por último, os resultados do *empowerment* não são apenas os ganhos em saúde, mas também gerar cuidados centrados no indivíduo que irão afetar a sua satisfação, autoeficácia e adesão aos cuidados de saúde.

Existem instrumentos que permitem medir/avaliar o *empowerment* de populações ou doenças específicas. Alguns exemplos de instrumentos destinados a avaliar o *empowerment* em contextos de saúde específicos são: *Family Empowerment Questionnaire* (Man *et al.*, 2003, cit in Carrin, Kent & Kristian, 2009), *Consumer-constructed Scale to measure empowerment among users of mental health services* (Rogers, Chamberlein, Ellison, Crean, 1997, cit in Carrin *et al.*, 2009), *Diabetes Empowerment Scale* (Anderson *et al.*, 2000, cit in Carrin *et al.*, 2009), *Patient Activation Measurement* (Hibbard *et al.* 2004, cit in Carrin *et al.*, 2009) e *Therapeutic Alliance Scale* (Kim *et al.* ,2001, cit in Carrin *et al.*, 2009).

Os instrumentos destinados a avaliar o *empowerment* apresentam alguma variação nas dimensões que os constituem (tabela 1).

TABELA1: Componentes do empowerment na literatura de enfermagem

| Autor                    | Ano  | Componentes  |
|--------------------------|------|--|
| Hermansson<br>Martensson | 2011 | Satisfação pessoal, autoeficácia, mestria, sentido de controlo, autodesenvolvimento, tomada de decisão   |
| Kovach <i>et al.</i>     | 2004 | Autodeterminação, capacidade de decisão, autossuficiência  |
| Rogers <i>et al.</i>     | 1997 | Autoeficácia/ autoestima, poder/impotência, ativismo comunitário, otimismo e controlo sobre o futuro, raiva  |
| Rodwell                  | 1996 | Valorização pessoal e da parceria com os outros, tomada de decisão, liberdade para fazer escolhas, aceitar a responsabilidade  |
| Gibson                   | 1995 | Descoberta da realidade, reflexão crítica, assumir comando, resistir   |
| Gibson                   | 1991 | Autodeterminação, autoeficácia, senso de controlo, motivação, autodesenvolvimento, aprendizagem, crescimento, senso de domínio, sentido de conexão, melhoria da qualidade de vida, melhor saúde, senso de justiça social |

Na análise da literatura de enfermagem sobre o *empowerment* e os seus componentes, surgem alguns conceitos sobrepostos ao conceito de *empowerment* e cujas definições se apresentam na tabela 2.

TABELA 2: Definição dos componentes do *empowerment*

| Componentes       | Autor                       | Definição   |
|-------------------|-----------------------------|---|
| Autodeterminação  | Kovach <i>et al.</i> , 2004 | Estabelecer um objetivo e alcançar esse objetivo. Abrange aspetos relacionados com a ambição, e a percepção de que há um futuro. "Autodeterminação é ir em busca de, tentando fazer algo, dar algo de volta. Trata-se do eu interior assumir a resolução das situações." (p.348)  |
| Autoestima        | Robson, 1998                | Sentimento de contentamento e auto-aceitação, que decorre da apreciação de uma pessoa do seu próprio valor, significado, atratividade e competência e capacidade de satisfazer suas aspirações.   |
| Autoeficácia      | Bandura, 1982, 1986, 1997   | Crença da pessoa na sua própria capacidade para concretizar com sucesso uma determinada tarefa. Os indivíduos com um forte sentido de autoeficácia tendem a ver os problemas como desafios, a assumir compromissos maiores, a ser mais empenhados e recuperar mais rapidamente de falhas ou dificuldades. Os indivíduos com um fraco sentido de autoeficácia são mais propensos a evitar tarefas difíceis, uma vez que acreditam que não são capazes e concentram-se em resultados negativos ou fracassos pessoais. |
| Tomada de decisão | Kovach <i>et al.</i> , 2004 | Recolha de informação, avaliando esta informação positiva ou negativamente e fazendo depois uma escolha com base nestas informações, implicando um sentido de respeito e de responsabilidade pessoal nas decisões. Respeito não significa acordo, o que significa que o profissional de saúde não tem que concordar com a decisão do cliente, mas vai respeitar e apoiar essa decisão.  |

Para além destes conceitos, o Sentido de Coerência Interno (SCO) definido “como uma aptidão interna, global, para percecionar, interpretar e dar significado às experiências stressantes da vida e que permite, portanto, posicionar o indivíduo numa orientação para a saúde, tanto física como mental” (Machado, 2008, p. 23) apresenta, segundo diversos autores, uma relação com o nível de *empowerment* dos indivíduos (Almeida & Pais-Ribeiro, 2011; Costa 2010; Lundberg, Hansson, Wentz & Björkman, 2009; Nunes, 1999; Posadzki, Stockl, Musonda, & Tsouroufli, 2010).

## 1.2.O Empowerment na gravidez

Especificamente para o contexto da gravidez, Kameda e Shimada (2008) desenvolveram a *Empowerment Scale for Pregnant Women*. Este instrumento que visa a avaliação do *empowerment* da grávida poderá permitir melhorar os cuidados de enfermagem na gravidez, através de sua adequada monitorização e da implementação de estratégias de *empowerment* personalizadas. Segundo Kameda e Shimada (2008) o *empowerment* significa reforçar o poder, transferir poder e capacitar e é considerado um conceito multidimensional que depende do contexto e do alvo. Ao nível individual, o *empowerment* é definido como “um sentido de autorealização e de independência, conquistado pela interação com o ambiente e

com os outros indivíduos, conduzindo a um aumento da energia psicológica para a concretização da experiência de gravidez e parto desejada.” (Kameda & Shimada, 2008, p. 39).

Recentemente, o conceito de *empowerment* centrado na responsabilidade individual e autonomia na concretização da sua própria saúde tem sido enfatizado e os princípios orientadores dos cuidados de enfermagem pré-natais foram mudando, centrando-se cada vez mais nas próprias grávidas/casais. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 identifica o *empowerment* como a melhor estratégia para a obtenção de ganhos em saúde, incentivando o envolvimento dos cidadãos nos processos de decisão no âmbito da saúde.

Neste contexto é necessário que os cuidados de enfermagem no âmbito da educação pré-natal proporcionem apoio e suporte que permitam a capacitação das grávidas para lidar com as mudanças físicas e emocionais associadas à gravidez e para uma experiência satisfatória de parto e de maternidade (Kameda & Shimada, 2008).

A transição para a parentalidade, desde a concepção, a gravidez e o processo de nascimento constitui uma etapa marcante, extremamente significativa na vida da mulher e do seu companheiro. Segundo Davis-Floyd (2001, cit. in Hermansson & Martensson, 2011) para muitos casais esta transição representa uma das mais importantes da suas vidas, na medida em que a altera e influencia em todos os aspetos.

Meleis (1986), tendo presente que a vulnerabilidade é inerente ao processo de transição, refere que os cuidados de enfermagem devem procurar identificar os condicionantes promotores da transição, mas especialmente os inibidores da mesma, no sentido de antecipar os riscos e implementar estratégias de defesa que permitam a vivência saudável da transição desenvolvimental que a gravidez representa. O objetivo dos cuidados de enfermagem visam tornar a grávida e o casal mais capazes para lidar com a situação de mudança atual no contexto da saúde, e para proteger e promover a sua saúde no futuro.

Os cuidados de enfermagem no contexto da gravidez deverão basear-se num processo de atuação dinâmico, facilitador, de escuta e negociação com a grávida/casal, em que se desenvolve uma relação de confiança e respeito mútuo. A aprendizagem dialética é promotora da consciencialização da etapa de transição

para a parentalidade e a sua materialização, possibilitando a mobilização dos recursos necessários e o reforço das suas próprias habilidades (Hermansson & Martensson, 2011). A grávida e o companheiro vivenciam um processo de crescimento pessoal, aumentando as suas capacidades para tomar decisões informadas e o significado de se tornarem pais. É fundamental que os cuidados de enfermagem inerentes a este processo de transição forneçam um ambiente estimulante e de suporte, assim como conhecimentos e habilidades.

A investigação acerca do *empowerment* nos cuidados de enfermagem na gravidez é fundamental para desenvolver o conhecimento sobre o impacto da atuação dos enfermeiros e os ganhos em saúde produzidos. Dado o *empowerment* ser de difícil operacionalização são necessários instrumentos que permitam a sua correta avaliação na etapa de transição específica da gravidez e deste modo determinar as reais necessidades de cuidados para cada grávida e a implementação de intervenções personalizadas que promovam o nível de *empowerment* de cada grávida.



## 2.ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A utilização de escalas, questionários e outros instrumentos de medida validados dentro de padrões criteriosos e reconhecidos cientificamente, tem crescido na área da investigação. A utilização de instrumentos que foram construídos noutros países necessita de uma série de requisitos importantes que têm de ser respeitados, sendo necessária uma avaliação rigorosa da sua tradução e adaptação cultural, além de uma avaliação das propriedades psicométricas (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993).

A adaptação cultural de qualquer instrumento de medida implica medir um fenómeno semelhante numa outra cultura e produzir um instrumento equivalente e adaptado para essa mesma cultura (Queijo, 2002, cit. in Vilelas, 2009).

É universalmente aceite entre os investigadores que a mera tradução literal dos instrumentos não garante a validade de medida; é preciso realizar uma adaptação cultural para que o instrumento se torne relevante e compreensível, mantendo a integridade dos itens originais (Beaton, Bombardier, Guillemin, Ferraz, 2000). Segundo Sperber (2004, cit. in Vilelas, 2009) o instrumento ou escala depois de adaptado, precisa de ser considerado válido e fiável e realmente medir aquilo que se propõe avaliar, daí a necessidade de rigor metodológico no processo de adaptação. Por outro lado, não existe um consenso entre os investigadores quanto ao melhor método a ser utilizado nas adaptações culturais. O processo adequado de adaptação de um instrumento de medida consiste num procedimento muito semelhante ao de construção, sendo necessário ser submetido aos mesmos procedimentos psicométricos a que a versão original foi sujeita (Bradley, 1994; Ribeiro, 2010).

Beaton *et al.* (2002) sugerem as seguintes etapas metodológicas para a adaptação de instrumento da medida: tradução, síntese, retroversão ou back-translation, revisão por grupo de especialistas, pré teste e verificação das propriedades psicométricas.

### *Tradução*

O objetivo desta etapa é obter uma versão que se mantenha o mais próxima possível do significado de cada item na versão original para preservar a integridade do instrumento de medida. Devem ser feitas pelo menos duas

traduções independentes por indivíduos que dominem o idioma original e aquele para o qual o instrumento será traduzido e pelo menos um dos tradutores deve conhecer bem a temática da escala. As versões devem ser comparadas e as discrepâncias identificadas, resolvidas procurando um consenso entre os tradutores (Beaton *et al.*, 2002).

A tradução de um item respeitando apenas as regras lexicais tem baixa probabilidade de manter o mesmo significado que na língua original. Assim para manter o sentido por vezes é necessário ajustar o texto (Ribeiro, 2010).

### *Síntese*

Os tradutores, com uma outra pessoa também envolvida no processo, fazem a síntese das traduções. Tendo em conta o instrumento original e as versões de cada tradutor, será produzida uma versão final na qual haja consenso. Deve ser elaborado um relatório com a descrição das discrepâncias sucedidas e a forma como foram resolvidas (Vilelas, 2009).

### *Retroversão*

Nesta etapa pretende-se verificar se existem diferenças de significados e/ou conteúdos entre o instrumento original e a versão sintetizada das traduções. Esta é uma das etapas de validação do instrumento que verifica se a versão traduzida reflete o mesmo conteúdo da versão original, garantido a sua qualidade. A partir da síntese obtida é feita nova tradução para o idioma original do instrumento pelos retrovertores que deverão ter domínio linguístico e cultural do idioma original e também da língua para a qual o instrumento está a ser adaptado e não deverão conhecer o instrumento original (Vilelas, 2009).

A retroversão deve, preferencialmente, ser feita por tradutores sem conhecimentos na área dos conceitos a serem explorados, nem serem da área da saúde. A versão final da retroversão deve ser submetida à avaliação do autor do instrumento (Beaton *et al.*, 2000).

### *Grupo de peritos*

A constituição do grupo de peritos é fundamental para obter a adaptação cultural do instrumento traduzido. O grupo de peritos deverá ser formado por indivíduos com domínio dos dois idiomas, o original e o idioma alvo; dominar a

área do conhecimento do instrumento a adaptar e experiência de validação de instrumentos. Nesta etapa o grupo de peritos procurará o consenso quanto à equivalência semântica, idiomática, experimental ou cultural e a equivalência conceptual (Vilelas, 2009). Segundo Vilelas (2009) e Beaton *et al.*, (2000):

- *equivalência semântica* refere-se à preservação do significado das palavras, vocabulário e gramática de cada item;

- *equivalência idiomática* consiste em verificar a equivalência de expressões idiomáticas ou coloquiais, habitualmente difíceis de traduzir. Pode ser necessário efetuar alterações para manter o significado original;

- *equivalência experimental ou cultural* consiste em verificar se há coerência entre as situações descritas na versão original referentes à cultura de origem do instrumento com a cultura e experiências do país para o qual o instrumento está a ser adaptado, ou seja, é verificar se determinado item tem um contexto semelhante na população-alvo;

- *equivalência conceptual* consiste em verificar se determinadas palavras ou expressões, apesar de equivalentes em termos semânticos, possuem a mesma importância nas duas culturas em questão.

O papel do grupo de peritos é fundamentalmente de consolidar todas as versões do instrumento e definir aquela que será a versão a ser submetida ao pré-teste (Beaton *et al.*, 2000).

#### *Pré teste*

O pré-teste tem como finalidade avaliar a equivalência entre a versão original e a final; avaliar a compreensão e clareza dos itens ; verificar a opinião quanto à pertinência e relevância cultural e possibilitar a medição da duração da aplicação do instrumento (Vilelas, 2009). É recomendada a aplicação do instrumento a uma amostra de 30 a 40 pessoas do grupo alvo (Beaton *et al.* 2002). Após o preenchimento do questionário, os indivíduos são entrevistados para verificar a sua compreensão sobre o significado de cada item e das respetivas respostas.

### *Verificação das propriedades psicométricas*

Como já foi referido anteriormente não há consenso na literatura sobre o melhor método a utilizar para o processo de adaptação cultural, mas é consensual que a tradução do instrumento, mesmo com a adequação dos termos e a sua devida contextualização, não significa validá-lo.

Beaton *et al.* (2002) e Guillemin *et al.* (1993) defendem que as propriedades psicométricas de um instrumento adaptado devem ser avaliadas para verificar a precisão da medida após a sua adaptação, ou seja, se as características do instrumento original foram mantidas. Existem dois grandes tipos de propriedades psicométricas: a fidelidade e a validade.

A fidelidade é uma propriedade fundamental dos instrumentos que se refere à precisão e constância dos resultados obtidos através de um instrumento de medida e à capacidade do mesmo de medir de uma vez para a outra um mesmo objeto de forma constante (reprodutibilidade das medidas). Segundo (Fortin, 2009) existem diversos critérios para avaliar a fidelidade dos instrumentos de medida. Os principais são a estabilidade (ou reprodutibilidade), a consistência interna e a equivalência.

A estabilidade refere-se ao grau de concordância entre duas medidas colhidas em dois momentos diferentes, isto significa que é necessário que o instrumento de medida seja aplicado pelo menos duas vezes nos mesmos indivíduos, após um certo período de tempo (Vilelas, 2009). Alguns autores recomendam intervalos entre aplicações entre duas e quatro semanas (Fortin, 2009). Nesta fase pretende testar-se se o instrumento consegue avaliar de forma estável ao longo do tempo, sem que haja alterações nas condições de aplicação. Avalia-se habitualmente através de uma técnica estatística o teste-reteste (Vilelas, 2009).

A consistência interna é um dos parâmetros da avaliação da fidelidade de um instrumento e designa a concordância existente entre todos os itens do instrumento de medida e refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que procuram medir diferentes aspetos de um mesmo conceito. Isto significa que cada item está ligado aos outros itens da mesma escala e quanto mais os itens estão correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento. A consistência interna baseia-se no princípio de que o instrumento é

unidimensional, ou seja mede um só conceito. Segundo Fortin (2009) a técnica habitualmente utilizada para avaliar a consistência interna de um instrumento de medida quando existem várias possibilidades de resposta, como na escala de Likert, é o coeficiente alfa de Cronbach. Este valor varia entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1, maior é a confiabilidade do instrumento. Uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80. São no entanto aceitáveis valores acima de 0,60 (Ribeiro, 2010).

A verificação da equivalência de um instrumento de medida aplica-se em duas situações: quando se aplicam duas formas equivalentes de um mesmo instrumento - fidelidade de formas equivalentes; e quando diferentes pessoas observam o mesmo fenómeno - fidelidade inter-juizes (Fortin, 2009). Esta abordagem é essencialmente utilizada para avaliar a fidelidade de instrumentos observacionais .

A validade de um instrumento é definida pela capacidade que este possui de avaliar exatamente aquilo que se propõe medir, ou seja, o grau em que realmente avalia a variável que pretende medir (Fayers, Machin, 2007; Guillemín, 1995; Samperi, Collado & Lucio, 2006 cit. in Vilelas, 2009). O instrumento de medida é válido se mede o que é suposto medir e a validade corresponde ao grau de precisão com que o conceito em estudo é representado pelos enunciados específicos de um instrumento de medida (Fortin, 2009). Para (Ribeiro, 2010) não é propriamente o teste que é validado, mas sim as conclusões a que se chegam com base na nota do teste. Segundo (Fortin, 2006; Ribeiro, 2010) a determinação da validade de um instrumento implica a apreciação dos diferentes tipos de validade: validade de conteúdo, validade de construto (conceptual) e validade de critério.

A validade de conteúdo ou de conceito "é uma validade de primeira linha que garante que a inspeção do conteúdo do teste por especialistas permite afirmar que o teste avalia o que é suposto. Trata-se de uma validade de pendor mais teórico. (...) É estabelecida através da evidência de que os atributos incluídos no teste são uma amostra representativa dos que se pretendem medir". (Ribeiro, 2010, p.94)

Fortin (2009, p.355), afirma que "a validade de conteúdo está diretamente relacionada com: a definição teórica do conceito, à definição do objeto do estudo e a determinação dos indicadores que servem para avaliar os comportamentos a

observar”. Na elaboração do instrumento, o investigador tem como principal preocupação garantir que os enunciados são representativos do domínio que se pretende medir. A validade de conteúdo de um instrumento de medida faz-se habitualmente recorrendo à ajuda de peritos que avaliam a escolha dos enunciados.

Este é um processo subjetivo, em que um conjunto de especialistas analisa o conteúdo do domínio em estudo. Se após esta análise todos os juízes concordarem que determinado item avalia o conteúdo em questão, tal pode ser aceite como verdadeiro (Ribeiro, 2010).

A verificação da validade de conteúdo no decorrer da construção de uma nova escala de medida passa, segundo Green e Lewis (1986, cit.in Fortin, 2009) por cinco etapas: 1) revisão da literatura; 2) reflexão sobre a significação do conceito contextualizado com o estudo; 3) determinação das dimensões do conceito; 4) representar os indicadores empíricos por enunciados e 5) examinar as relações entre os enunciados. Esta verificação apenas é necessária quando não se dispõe de uma escala que permita medir o conceito em estudo e é necessário construir uma.

A validade de construto é a validade nobre de qualquer medida, sendo ela que garante que o teste mede o construto, ou seja, os atributos ou dimensões não observáveis. Foca os aspetos mais abstratos, mais vastos e persistentes. O processo de definir o construto é composto por três fases: 1) identificar os comportamentos relacionados; 2) identificar outros construtos relacionados e definir a relação entre estes e o construto a avaliar e 3) identificar comportamentos que estão relacionados com estes outros construtos e quais são as condições necessárias para os construtos se relacionarem (Ribeiro, 2010).

Segundo Fortin (2009) esta validade refere-se à capacidade de um instrumento medir o construto definido teoricamente e verificar as relações teóricas que lhe estão subjacentes. Para a sua determinação utiliza-se habitualmente a análise estrutural, a validade convergente e a discriminante. A análise fatorial é um método de análise da estrutura em que os conceitos que apresentam ligação entre si, são agrupados em fatores. A validade convergente consiste em comparar dois ou mais instrumentos que medem o mesmo conceito e as medidas apresentam entre si correlações positivas e a validade discriminante consiste em comparar os resultados obtidos através de dois ou mais instrumentos

que medem conceitos diferentes e as medidas encontradas correlacionam-se negativamente.

A validade de critério refere-se à correlação entre um instrumento de medida e um outro instrumento (critério) que mede o mesmo fenómeno. Um instrumento pode prever o resultado produzido por outro instrumento que meça o mesmo conceito num mesmo momento. Esta validade pode ser concomitante se a correlação é estabelecido entre dois instrumentos que avaliam o mesmo conceito avaliadas em simultaneo ou pode ser preditiva quando se refere à capacidade de um instrumento prever uma situação futura a partir de um dado atual, ou seja, se a correlação entre as duas medidas de um mesmo conceito é espaçada no tempo (Fortin, 2009).





### 3.MÉTODO

Neste capítulo é descrita a metodologia do trabalho de investigação e feita referência ao tipo de estudo, contextualização temporal e espacial e objetivos do mesmo. De seguida são apresentados os participantes, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos inerentes à colheita dos dados, tratamento dos mesmos e considerações éticas subjacentes à investigação.

O enunciado dos objetivos do estudo de investigação deve segundo (Fortin, 2009), indicar de uma forma clara qual é o fim que o investigador persegue. Assim, os objetivos do presente trabalho visam:

- Proceder à adaptação cultural para a população portuguesa da “Escala de *Empowerment* da Grávida” de Kameda e Shimada (2008);
- Avaliar as características métricas da versão portuguesa da Escala de *Empowerment* da Grávida.

O desenho de investigação é definido como o conjunto de decisões a tomar na realização do estudo de forma a permitir que os objetivos sejam atingidos (Fortin, 2009). Desta forma as opções metodológicas são fundamentais no desenho de investigação por forma a dar resposta aos objetivos definidos. A natureza do desenho depende do tipo de objetivos, sendo necessário descrever o modo como se pretende o seu desenvolvimento. No que se refere ao tipo de estudo de investigação, este baseia-se numa abordagem quantitativa do tipo metodológico, que visa:

“... estabelecer e verificar a fidelidade e validade dos novos instrumentos de medida, permitindo aos investigadores utilizá-los com toda a confiança. As noções de fidelidade e validade aplicam-se igualmente às escalas traduzidas numa outra língua ou utilizadas em populações diferentes daquelas para as quais o instrumento foi concebido. O estudo metodológico difere dos outros métodos de investigação, porque ele não inclui todas as etapas do processo da investigação. O estudo não se interessa nem pelas relações entre a variável independente e a variável dependente, nem pelo efeito da variável independente.” Fortin (2009, p.255)

Pela acessibilidade e pressupostos temporais para a realização do estudo, este foi limitado à área geográfica abrangida pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), desenvolvendo-se nas Unidades de Cuidados na Comunidade de Leça da Palmeira, Matosinhos, Senhora da Hora e S. Mamede Infesta, e no Hospital Pedro Hispano (HPH).

### 3.1.Participantes

A população alvo, objeto de estudo, é constituída pelos indivíduos que cumprem os critérios de inclusão previamente definidos (Fortin, 2009), o que, no presente estudo, corresponde às grávidas entre as 12 e as 41 semanas de gestação, com idade igual ou superior a 18 anos e inseridas na área de abrangência da ULSM e que aceitaram participar no estudo. Utilizou-se a amostragem não probabilística por conveniência, na qual se procurou cumprir os pressupostos enumerados por Bryman e Cramer (1992, cit. in Gameiro, 1999) e por Tinsley e Tinsley (2008, cit. in Ribeiro 2008) de incluir no mínimo cinco participantes por cada item do instrumento a validar.

Recorremos à ULSM, concretamente nas quatro Unidades de Cuidados na Comunidade da ULSM, integradas no âmbito do projeto Bem-me-quer, assim como na consulta de Saúde Materna na consulta externa do HPH. Segundo Vilelas (2009) este tipo de método de amostragem é utilizado com frequência pois permite estudos mais rápidos e com menores custos.

Foram distribuídos um total de 200 questionários, dos quais 186 foram devolvidos. Destes foi eliminado 1 por apresentar idade gestacional inferior a 12 semanas e 19 por apresentar respostas omissas, ficando o estudo circunscrito a 166 participantes que preencheram o questionário na íntegra.

Na tabela 3 apresentam-se os dados referentes à *idade, escolaridade e idade gestacional* das participantes.

TABELA 3: Caraterização da amostra segundo a idade, a escolaridade e a idade gestacional

|                   | <u>M</u> | <u>DP</u> | <u>Min.</u> | <u>Máx.</u> |
|-------------------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Idade             | 30,15    | 4,54      | 18          | 40          |
| Escolaridade      | 14,32    | 3,37      | 6           | 22          |
| Idade gestacional | 30,72    | 5,39      | 12          | 39          |

A *idade* média das participantes no estudo é de 30,15 anos ( $DP=4,54$ ), variando entre os 18 e os 40 anos de idade.

A *escolaridade* média na amostra é de 14,32 anos. Relativamente à *idade gestacional*, esta varia entre as 12 e as 40 semanas de gestação, com uma média de 30,72 semanas.

Para a maioria, 161 (96,99%) a gravidez foi desejada e apenas 5 (3,01%) referiram não desejar a gravidez.

Relativamente aos tratamentos de fertilidade, apenas 4 (2,41%) fizeram tratamento de fertilidade.

A maioria (113 correspondente a 68,07%) nunca esteve grávida e 53 (31,93%) respondeu já ter estado grávida anteriormente e destas apenas 35 (21,08%) afirmaram já ter filhos.

Relativamente à pergunta sobre o tipo de parto anterior, aplicada apenas a 35 participantes (21,08%) que já têm filhos, verifica-se que 17 (10,24%) referem ter tido parto vaginal, 7 (4,22%) parto instrumentado por ventosa ou fórceps e 11 (6,63%) parto por cesariana. Quanto à perceção da experiência de parto anterior, das 35 participantes que responderam já ter filhos, 33 (94,29%) referem ter tido uma experiência positiva.

A tabela 4 apresenta os dados de caracterização da amostra segundo a presença de complicações durante a gravidez atual e identificação das mesmas.

TABELA 4: Caraterização da amostra segundo tipo de complicações na gravidez

|  | <u>N</u> (%) |
|--|--------------|
| Se teve complicações durante esta gravidez, quais? |              |
| Não se aplica                                      | 147 (88,55)  |
| Hemorragia   | 7 (4,22)     |
| Múltiplos problemas associados                     | 4 (2,41)     |
| Outros problemas                                   | 8 (4,82)     |

A presença de complicações nesta gravidez foi referida por 19 (11,45%) grávidas. As complicações na gravidez referidas foram:

- Hemorragia, referida por 7 (4,22%) participantes tendo sido incluídos neste item as respostas: “hemorragia primeiro trimestre”, “perda de sangue primeiro trimestre”, “hemorragia” e “descolamento de placenta”;
- Múltiplos problemas associados, referidos por 4 (2,41%) participantes tendo sido incluídos neste item: “contrações e anemia”; “placenta prévia, doença de Chron e anemia”; “rim dilatado e placenta prévia”; “dor na perna direita e bebê com CIV”;
- Outros problemas, referidos por 8 (4,82%) participantes, nos quais foram incluídas as respostas: “hipertensão”; “anemia”; “Síndrome de HELLP”<sup>1</sup>; “dores lombares”; “ameaça de parto pré termo”; “colo curto”; “placenta baixa”; placenta prévia marginal”.

Relativamente à frequência de sessões práticas de preparação para o parto, 84 (50,6%) respondeu frequentar e 82 (49,4%) respondeu não frequentar estas sessões.

TABELA 5: Caracterização da amostra segundo o Estado de Saúde Autopercebido

|               | N (%)      |
|---------------|------------|
| 0 (Mau)       | 0(0,00)    |
| 3             | 1 (0,60)   |
| 4             | 11 (6,63)  |
| 5             | 26 (15,66) |
| 6             | 78 (48,75) |
| 7 (Muito Bom) | 50 (33,33) |

Relativamente à autoperceção do estado de saúde (tabela 5) avaliada por um item único foi encontrada uma variação entre os 3 e os 7 pontos, com uma média de 5,99 ( $DP = 0,88$ ). Da amostra, 128 (77,11%) participantes classificou o seu estado de saúde muito bom (entre 6 e 7 valores) e 38 (22,89%) classificou entre 3 e 5. Não se registaram respostas de estado de saúde entre 1 e 2.

<sup>1</sup> Síndrome de HELLP - complicação obstétrica caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e baixo nível de plaquetas, habitualmente associada a quadro de hipertensão gestacional e pré eclâmpsia.

TABELA 6: Caracterização da amostra segundo as componentes do Sentido de Coerência

|   | <u>N</u> (%) |
|---|--------------|
| Sente-se confiante na sua vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis?  |              |
| Não   | 17 (10,24)   |
| Sim   | 133 (80,12)  |
| Não Sei   | 16 (5,78)    |
| Sente-se confiante na sua vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida? |              |
| Não   | 7 (4,22)     |
| Sim   | 149 (89,76)  |
| Não Sei   | 10 (6,02)    |
| Sente-se confiante na sua vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse?                          |              |
| Não   | 5 (3,01)     |
| Sim   | 159 (95,78)  |
| Não Sei   | 2 (1,20)     |

Na tabela 6 são apresentadas as respostas das participantes quando questionadas sobre os aspetos inerentes ao senso de coerência: capacidade de compreensão, capacidade de gestão e capacidade de investimento. Verifica-se que a maioria das grávidas sente-se confiante na sua vida, pois compreendem os acontecimentos que surgem, têm recursos para lidar com eles, enfrentando-os com empenho e interesse.

### 3.2.Material

Para a recolha de dados foram seleccionados os seguintes instrumentos que passamos a descrever.<sup>2</sup>

#### *Questionário sócio demográfico e clínico*

O questionário sócio demográfico visou obter dados de caracterização sócio demográfica das participantes assim como informações relacionadas com dados obstétricos. Este questionário continha 12 questões, sendo de 6 de resposta

<sup>2</sup> Em termos metodológicos, o instrumento de colheita de dados foi comum a outro trabalho de mestrado, dado terem a mesma população e amostra e por parte substancial dos dados a recolher ser coincidente a ambas as investigações.

fechada (sim/não) e 4 perguntas abertas e diziam respeito à idade e à escolaridade, à idade gestacional, paridade, presença de tratamento de fertilidade, desejo da gravidez, existência de filhos e em caso afirmativo tipo de parto e percepção da experiência anterior, presença de complicações na gravidez atual e frequência de sessões práticas de preparação para o parto.

#### *Escala de Empowerment da Grávida (EEG)*

A “*Empowerment Scale for Pregnant Women*” é o instrumento em estudo. Desenvolvida por Kameda e Shimada (2008), com o objetivo de permitir a avaliação da educação pré-natal e da evolução do nível de *empowerment* da grávida numa perspetiva multidimensional centrada na responsabilidade e autonomia individuais para a autorrealização da sua própria saúde. No estudo original, dos 42 itens que constituíam o instrumento, 15 caíram por apresentarem carga fatorial inferior a 0,30. Os 27 itens ficaram agrupados em 5 dimensões: autoeficácia (*self efficacy*) - 6 itens, previsão do futuro (*future image*) - 6 itens, autoestima (*self esteem*) - 7 itens, apoio e segurança dos outros (*support and assurance from others*) - 4 itens e alegria pela inclusão de um novo membro na família (*joy of an addition to the family*) - 4 itens. Cada um dos itens é mensurado numa escala de concordância tipo Likert de 4 pontos: *1 discordo fortemente*; *2 discordo*; *3 concordo* e *4 concordo fortemente*, assumindo-se que a maior pontuação corresponde maior *empowerment*. Os itens 2,6,9 e 19 estão invertidos.

Para o cálculo das pontuações das dimensões da escala foi aplicada uma fórmula para que cada dimensão varie, independentemente do número de itens, de 0 a 100.

#### *Escala de Empowerment (EE)*

A *Empowerment Scale* desenvolvida por Rogers, Chamberlein, Ellison e Crean (1997) foi utilizada para o estudo, cuja adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada por Almeida e Pais Ribeiro (2011).

Esta escala permite avaliar o nível de *empowerment* e é constituída por 28 itens agrupados em 5 dimensões: autoestima e autoconfiança, poder atual, ativismo comunitário, otimismo e controlo face ao futuro e ira ou indignação justificada. Cada um dos itens é mensurado numa escala de concordância tipo Likert de 4 pontos: *1 discordo fortemente* (menor *empowerment*) a *4 concordo fortemente* (maior *empowerment*), exceto nos itens da dimensão “poder atual” e

no item 4 da dimensão “ira” que estão invertidos. A uma pontuação mais elevada corresponde um maior nível de *empowerment*, podendo-se obter uma pontuação final que varia entre 28 e 112.

A escolha desta escala baseou-se no facto de, tal como a escala em validação neste estudo, esta avaliar o *empowerment*, como construto autopercepcionado com várias dimensões: a consciência crítica (dos recursos disponíveis no contexto), o controlo (sobre a própria vida) e a participação nas organizações da comunidade (Zimmerman & Perkins, 1995). Assim, esta avalia o *empowerment*, ao nível individual (psicológico), organizacional e comunitário, avaliado num contexto geral. Na tabela 7 são apresentados os itens que constituem as dimensões da EE.

TABELA 7: Itens constituintes das dimensões da Escala de *Empowerment*

|                            | Itens                         |
|----------------------------|-------------------------------|
| Autoestima e autoconfiança | 5,6,9,12,14,18,19,24,26       |
| Poder atual                | 7*,8*,10*,16*,17*,21*,22*,23* |
| Ativismo comunitário       | 3,11,20,25,27,28              |
| Otimismo                   | 1,2,13,27                     |
| Ira                        | 4*,7*,10*,15                  |

LEGENDA: \*Itens invertidos

Na tabela 8 apresenta-se os valores de alfa de Cronbach encontrados por Almeida e Pais Ribeiro (2011), assim como os valores obtidos no presente estudo.

TABELA 8: Consistência interna para os componentes da Escala de *Empowerment*

|                            | Amostra em Estudo |                  | Almeida e Pais Ribeiro (2011) |                  |
|----------------------------|-------------------|------------------|-------------------------------|------------------|
|                            | Itens             | Alfa de Cronbach | Itens                         | Alfa de Cronbach |
| Autoestima e autoconfiança | 9                 | 0,86             | 9                             | 0,85             |
| Poder                      | 8                 | 0,51             | 6                             | 0,42             |
| Ativismo comunitário       | 6                 | 0,65             | 5                             | 0,67             |
| Otimismo                   | 4                 | 0,31             | 4                             | 0,44             |
| Ira                        | 4                 | 0,53             | 2                             | 0,46             |
| EE total                   |                   | 0,80(N=166)      |                               | 0,79(N=532)      |

Na amostra em estudo a consistência interna total para a Escala de *Empowerment* apresenta um valor de 0,80, valor semelhante ao encontrado por Almeida e Pais Ribeiro (2011).

### *Avaliação do estado de saúde autopercebido*

A autopercepção do estado de saúde foi feita através de uma escala de item único com resposta que variam de 1 e 7 pontos, em que 1 corresponde a muito mau e 7 a muito bom.

### *Sentido de coerência interna*

O Sentido de Coerência Interna (SCO) é definido por Antonovsky (cit. in Carvalho, 2005, p. 49) “como uma orientação global que expressa a extensão na qual o indivíduo possui um abrangente e persistente, embora dinâmico, sentimento de confiança de que: (1) os estímulos emitidos pelo ambiente interno e externo são estruturados, previsíveis, e explicáveis; (2) estão disponíveis recursos para fazer frente às demandas impostas por estes estímulos; e (3) estas demandas são desafios merecedores de investimento e comprometimento”. Nesta definição do SCO estão, de forma resumida, descritas as três componentes do constructo: capacidade de compreensão, capacidade de gestão e capacidade de investimento, que abrangem as características cognitivas, instrumentais e motivacionais do SCO definido por Antonovsky.

No presente estudo optou-se por utilizar apenas três questões relativas às três dimensões da referida escala para não tornar o questionário muito extenso. Estas três questões correspondem a uma versão experimental de Nunes (1999) para a criação de uma versão de resposta rápida. Nunes (1999) designa estas questões como indicadores do SCO.

A utilização destas questões teve como objetivo explorar os conceitos implícitos nas questões, relacionando-os com o *empowerment* das grávidas e não estudar o sentido de coerência das mesmas.

## **3.3.Procedimentos**

A colheita de dados teve início após a receção da autorização da Comissão de Ética da ULSM (Anexo I) para a realização da colheita de dados. Esta foi realizada entre os dias 19 de março e 14 de maio de 2012.

O contacto com as grávidas foi estabelecido quando estas recorriam às unidades de saúde (Unidades de Cuidados na Comunidade) para atendimento, individual ou em grupo, no âmbito da preparação para o parto e parentalidade



inserida no projeto Bem-me-quer ou quando recorriam à consulta externa de Obstetrícia do HPH.

A abordagem das grávidas foi realizada começando por assegurar a obtenção do seu consentimento informado após esclarecimento quanto aos objetivos do estudo; e reforçado o carácter voluntário da participação e a garantia da confidencialidade dos dados. A assinatura do consentimento informado foi efetuada quer pela investigadora, quer pelas grávidas que participaram na investigação antes de iniciar a recolha de dados (Anexo II). A aplicação dos questionários só ocorreu nas grávidas que, após compreensão do âmbito do estudo, aceitaram participar de livre e espontânea vontade, tendo presente que poderiam desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo.

Antes de iniciar o preenchimento do questionário (Anexo III), foram feitos alguns esclarecimentos como a necessidade de responder a todas as questões e dar apenas uma resposta por questão, para que este fosse considerado válido para o estudo. O preenchimento do questionário foi realizado de imediato ou posteriormente em casa e a sua entrega foi feita no contacto seguinte.

O preenchimento do questionário demorou em média 10 minutos. Refere-se o facto de nenhuma das grávidas contactadas presencialmente para colaborarem no estudo, terem recusado participar no mesmo. Todos os questionários foram preenchidos pelas grávidas sem qualquer intervenção por parte do investigador.

De modo a evidenciar possíveis falhas na construção do questionário fez-se uma prova preliminar - chamado pré-teste (Vilelas, 2009). Esta prova consistiu na aplicação de 30 questionários a grávidas que cumpriam os critérios de inclusão no estudo e que foram incluídos posteriormente na amostra final. As grávidas preencheram o questionário na presença da investigadora de forma a poderem identificar eventuais erros ou dificuldades de compreensão no preenchimento do mesmo. Após a aplicação do pré-teste não surgiu a necessidade de introduzir alterações ao questionário inicialmente construído, pelo que se concluiu ser perceptível e adequado à amostra em questão e, consequentemente, à população em estudo.

### 3.4.Tratamento da informação

Para o tratamento estatístico dos dados foram utilizados procedimentos de natureza descritiva e inferencial, obtidos através do programa IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19 para o Windows.

No que respeita à estatística descritiva recorreremos a medidas de tendência central e de dispersão, nomeadamente a média (M) e o desvio padrão (DP).

O número de fatores das escalas foi determinado utilizando a Análise de Componentes Principais (ACP) por rotação Promax, de acordo com o procedimento seguido no instrumento original.

Foram verificados os pressupostos para utilização dos testes estatísticos. Recorreu-se à utilização de testes não paramétricos quando da violação dos pressupostos. Nestas situações quando o resultado com recurso a estatística não paramétrica era sobreponível, optou-se pela utilização das medidas paramétricas por serem mais robustas (Pereira, 2011).

Para a análise das diferenças entre grupos foi realizada a comparação das médias, utilizando o *Teste t de Student* ( $t$ )<sup>3</sup> para amostras independentes para dois grupos e para mais do que dois grupos o *teste One-Way ANOVA* ( $F$ )<sup>4</sup> com a seleção do teste *Post Hoc-Scheffe*.

Neste estudo, admitiu-se nos testes estatísticos efetuados que o nível de confiança foi de 95%, com o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Com este nível de significância assumiu-se uma probabilidade de 5% de que a diferença encontrada nos resultados do estudo não seja verdadeira (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A consistência interna foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach.

Para a análise da associação entre variáveis contínuas foi utilizada a correlação  $r$  de Pearson que avalia, segundo Vilelas (2009) o efeito que uma variável produz na outra. Representa-se por “ $r$ ” e pode assumir valores entre +1 (existe uma correlação positiva perfeita) e -1 (correlação negativa perfeita -

---

<sup>3</sup> Teste t - Objetivo: comparar médias de 2 grupos: variável dependente intervalar

<sup>4</sup> Teste ANOVA - Objetivo: comparar médias entre 3 ou mais grupos: variável dependente intervalar

ocorre quando a influência é grande numa variável e origina uma diminuição na outra).

No presente estudo relativamente à correlação  $r$  de Pearson, a análise cumpriu os critérios, referidos por Vilelas (2009), e que se apresentam descritos na tabela 9.

**TABELA 9: Valores padrão para a correlação  $r$  de Pearson**

| VALOR DE $r$         | SIGNIFICADO  |
|----------------------|--|
| 1                    | Correlação perfeitamente positiva para as duas variáveis                                     |
| $0,8 \leq r < 1$     | Correlação forte positiva  |
| $0,5 \leq r < 0,8$   | Correlação moderadamente positiva  |
| $0,1 \leq r < 0,5$   | Correlação fraca positiva  |
| $0 < r < 0,1$        | Correlação ínfima positiva   |
| 0                    | Nula - as duas variáveis nunca dependem linearmente uma da outra                             |
| $-0,1 < r < 0$       | Correlação ínfima negativa   |
| $-0,5 < r \leq -0,1$ | Correlação fraca negativa  |
| $-0,8 < r \leq -0,5$ | Correlação moderadamente negativa  |
| $-1 < r \leq -0,8$   | Correlação forte negativa  |
| -1                   | Correlação negativa perfeita entre as duas variáveis (se uma aumenta a outra diminui sempre) |

FONTE: Vilelas 2009, p.329.

A apresentação dos resultados será feita em tabelas para facilitar a visualização e análise dos resultados e os valores dos resultados serão apresentados em valores até às centésimas.

### 3.5.Considerações éticas

A realização de toda a investigação aplicada aos seres humanos requer na sua execução ter sempre presentes princípios éticos que salvaguardem não causar danos aos direitos e dignidade humana, mantendo sempre o respeito pelos direitos fundamentais do Homem.

A investigação em enfermagem envolve habitualmente pessoas, pelo que os seus interesses e bem-estar devem prevalecer sobre o interesse da sociedade ou da ciência (Fortin, 2000). Na procura do conhecimento o limite é imposto pelo respeito pela pessoa e ao seu direito de viver livre e com dignidade enquanto ser humano. Assim é fundamental tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e

profissional de assegurar que o desenho do estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral.

Relativamente às participantes os aspetos a assegurar incluem a salvaguarda da sua: vulnerabilidade, o consentimento informado, a confidencialidade da informação e o anonimato. Neste sentido, no contacto com as grávidas participantes na investigação, teve-se sempre em consideração os princípios éticos que envolvem uma investigação:

- Garantia de qualidade da assistência mesmo que o utente recuse participar na investigação;
- Obter o consentimento informado e a participação voluntária, portanto, apoiando o princípio da autonomia;
- Enfatizar o carácter voluntário da participação e a possibilidade de alterar a sua decisão a qualquer momento do estudo;
- Esclarecer os participantes devidamente acerca dos objetivos e finalidades do estudo, bem como dos procedimentos a utilizar durante a investigação;
- Assegurar aos participantes que a confidencialidade será respeitada e que os participantes serão tratados com dignidade e respeito, princípio da beneficência e justiça.

O princípio legal que garante os procedimentos de proteção dos direitos humanos básicos é o consentimento informado (Fortin, 2009). No consentimento informado apresentado, foram incluídas informações sobre o estudo de investigação, como a descrição dos seus objetivos e feita referência à garantia do respeito pelos aspetos éticos, confidencialidade, anonimato e participação voluntária (Anexo II).

Como o instrumento foi aplicado em várias unidades de saúde da ULSM procedeu-se previamente à elaboração de um pedido por escrito à comissão de ética da referida instituição solicitando a autorização para a aplicação do referido instrumento (Anexo I).

De modo a cumprir os pressupostos éticos inerentes a este estudo foi efetuado o pedido de autorização para a utilização dos instrumentos aos autores, e as respostas recebidas foram favoráveis à sua utilização (Anexo IV e V - autorização dos autores).

## 4.RESULTADOS

No presente estudo de tradução e validação foi seguida a proposta de Beaton *et al.* (2000) relativa às etapas metodológicas: tradução, síntese, retroversão ou back-translation, revisão por grupo de especialistas, pré teste e verificação das propriedades psicométricas.

A tradução para português do instrumento original, na versão inglesa, foi solicitada a um profissional da área das letras, com domínio da língua inglesa, ao qual lhe foi explicado o objetivo da escala bem como o significado inerente aos itens que a constituem e a três enfermeiras especialistas de saúde materna e obstétrica com domínio da língua inglesa. As traduções foram feitas individualmente e posteriormente a investigadora reuniu-se com as três enfermeiras para avaliação e comparação das traduções, inclusivamente com a tradução do profissional da área das letras, e com a versão inglesa do instrumento original.

Para obter uma síntese das traduções para a língua portuguesa, realizou-se uma reunião na qual foram discutidas com as três enfermeiras as discrepâncias e a escolha de diferentes palavras e/ou expressões consideradas como mais adequadas à cultura portuguesa e à população abrangida pela ULSM, local onde se iria proceder à colheita de dados. As enfermeiras, simultaneamente peritas na área temática em estudo, procuraram consenso quanto à tradução que melhor mantinha o significado dos itens da versão original e a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceptual da síntese do instrumento. Foi elaborado um relatório com a descrição das discrepâncias identificadas nesta reunião e a forma como foram resolvidas (Anexo VI). Considerou-se necessário entrar em contato com a primeira autora da escala para esclarecermos a equivalência dos conceitos: *doctor e birth plan and facilities for childbirth*.

Depois de obtida a síntese da tradução do instrumento, a versão em português foi enviada para um tradutor, profissional da área de letras, sem conhecimentos na área temática explorada no instrumento e que não conhecia sua versão original, que procedeu à tradução para a língua inglesa.

A retroversão foi enviada por correio eletrónico para uma das autoras da versão original do instrumento (Yukie Kameda).A autora aprovou a versão da retroversão e considerou não ser necessário proceder a quaisquer alterações ou correções.

A versão portuguesa do instrumento de medida foi aplicada a 30 grávidas como pré-teste, de acordo com o recomendado por Beaton *et al.* (2000). O preenchimento do questionário demorou em média 10 minutos no grupo a que foi aplicado o pré-teste. As participantes foram questionadas, após o preenchimento do questionário, quanto à existência de itens de difícil compreensão ou pouco claros, e ao grau de dificuldade de resposta do instrumento no geral. Verificou-se que o instrumento era de fácil compreensão e preenchimento.

Os resultados obtidos com a aplicação da EEG são apresentados de acordo com as dimensões do instrumento: *autoeficácia, previsão do futuro, autoestima, apoio e seguranças dos outros e alegria pela inclusão de um novo membro na família*. As dimensões “apoio e segurança dos outros” e “alegria pela inclusão de um novo membro na família” podem variar entre valor mínimo de 4 e o máximo de 16. Para as dimensões “autoeficácia” e “previsão do futuro”, o valor mínimo e máximo possível é 6 e 24 respetivamente. Na dimensão “autoestima” o valor mínimo e máximo varia entre 7 e 28.

TABELA 10: Frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão por item da Escala de Empowerment da Grávida

| Itens  | N (%)                    |               |               |                          | <u>M</u> | <u>DP</u> |
|--|--------------------------|---------------|---------------|--------------------------|----------|-----------|
|  | Discordo totalmente<br>1 | Discordo<br>2 | Concordo<br>3 | Concordo totalmente<br>4 |          |           |
| 1. Consigo obter a informação que necessito dos profissionais de saúde.                              | 1(0,6)                   | 1(0,6)        | 70(42,2)      | 94(56,6)                 | 3,55     | 0,55      |
| 2. Não consigo imaginar-me a criar um filho.   | 2(1,2)                   | 5(3,0)        | 40(24,1)      | 119(71,7)                | 3,66     | 0,60      |
| 3. Posso pedir ajuda quando preciso.   | 0                        | 1(0,6)        | 82(49,4)      | 83(50,0)                 | 3,49     | 0,51      |
| 4. Acredito ser capaz de fazer o que tenho a fazer durante a gravidez.                               | 1(0,6)                   | 4(2,4)        | 8(53)         | 73(44)                   | 3,40     | 0,57      |
| 5. Mesmo quando me sinto ansiosa, consigo encontrar formas de alterar o meu estado emocional.        | 2(1,2)                   | 18(10,8)      | 123(74,1)     | 23(13,9)                 | 3,01     | 0,55      |
| 6. Não consigo imaginar que a minha família vai aumentar.  | 3(1,8)                   | 5(3,0)        | 45(27,1)      | 113(68,1)                | 3,61     | 0,64      |
| 7. Acredito ser capaz de dar à luz como as outras pessoas.   | 1(0,6)                   | 3(1,8)        | 72(43,4)      | 90(54,2)                 | 3,51     | 0,57      |
| 8. Tenho a minha imagem ideal do parto.  | 7(4,2)                   | 64(38,6)      | 75(45,2)      | 20(12,0)                 | 2,65     | 0,75      |
| 9. Não estou confiante com a minha gravidez  | 2(1,2)                   | 8(4,8)        | 60(36,1)      | 96(57,8)                 | 3,51     | 0,65      |
| 10. Estou entusiasmada com o parto.  | 1(0,6)                   | 38(22,9)      | 84(50,6)      | 43(25,9)                 | 3,02     | 0,72      |
| 11. Sinto carinho pelo meu bebé que ainda não nasceu.  | 0                        | 1(0,6)        | 15(9,0)       | 150(90,4)                | 3,90     | 0,32      |
| 12. Imagino como será a minha gravidez.  | 0                        | 19(11,4)      | 83(50,0)      | 64(38,6)                 | 3,27     | 0,65      |
| 13. Quando não sei o que fazer, acredito ser capaz de pesquisar e resolver o problema por mim mesma. | 1(0,6)                   | 23(13,9)      | 107(64,5)     | 35(21,1)                 | 3,06     | 0,61      |
| 14. Gostaria de desfrutar a minha gravidez.  | 2(1,2)                   | 1(0,6)        | 51(30,7)      | 112(67,5)                | 3,64     | 0,56      |
| 15. Acredito ser capaz de lidar com o que me preocupa.   | 0                        | 4(2,4)        | 118(71,1)     | 44(26,5)                 | 3,24     | 0,48      |

| Itens   | N (%)                    |               |               |                          | <u>M</u> | <u>DP</u> |
|---|--------------------------|---------------|---------------|--------------------------|----------|-----------|
|   | Discordo totalmente<br>1 | Discordo<br>2 | Concordo<br>3 | Concordo totalmente<br>4 |          |           |
| 16. Consigo viver com uma atitude positiva.   | 1(0,6)                   | 4(2,4)        | 92(55,4)      | 69(41,6)                 | 3,38     | 0,57      |
| 17. Imagino como será o meu parto.  | 2(1,2)                   | 34(20,5)      | 98(59)        | 32(19,3)                 | 2,96     | 0,67      |
| 18. A minha família e amigos reconhecem a minha forma de ser.   | 0                        | 4(2,4)        | 103(62,0)     | 59(35,5)                 | 3,33     | 0,52      |
| 19. Penso que a minha capacidade para o parto é mais fraca do que a das outras pessoas.                             | 4(2,4)                   | 14(8,4)       | 78(47)        | 70(42,2)                 | 3,29     | 0,72      |
| 20. Estou ansiosa pela vida após o nascimento do meu filho  | 1(0,6)                   | 6(3,6)        | 56(33,7)      | 103(62,0)                | 3,57     | 0,60      |
| 21. Consigo obter sempre a informação que necessito para definir o plano de parto e o local do nascimento.          | 0                        | 16(9,6)       | 101(60,8)     | 49(29,5)                 | 3,20     | 0,60      |
| 22. Estou confiante sobre como lidar com a gravidez e de alguma forma fazer com que corra bem.                      | 0                        | 3(1,8)        | 107(64,5)     | 56(33,7)                 | 3,32     | 0,51      |
| 23. Acredito ser capaz de decidir quando procurar o médico.   | 0                        | 2(1,2)        | 100(60,2)     | 64(38,6)                 | 3,37     | 0,51      |
| 24. Posso pedir opinião e ajuda às outras pessoas de forma a atingir os meus objetivos.                             | 0                        | 2(1,2)        | 95(57,2)      | 69(41,6)                 | 3,40     | 0,52      |
| 25. Sinto realmente que vou ser mãe.  | 0                        | 5(3,0)        | 46(27,7)      | 115(69,3)                | 3,66     | 0,53      |
| 26. A minha família e amigos compreendem a minha situação atual, dando-me apoio e dizendo: “Podes ser tal como és.” | 0                        | 6(3,6)        | 85(51,2)      | 75(45,2)                 | 3,42     | 0,56      |
| 27. Estou satisfeita com a minha vida.  | 1(0,6)                   | 1(0,6)        | 61(36,7)      | 103(62,0)                | 3,60     | 0,54      |

A distribuição das frequências de resposta da tabela 10 revelaram uma tendência generalizada para as respostas entre *concordo* e *concordo totalmente*. Verificou-se que apenas os itens 8 e 17 da dimensão “previsão do futuro”, referentes especificamente ao parto se distinguem apresentam valores médios mais baixos.

Na tabela 11 consta a pontuação da média, do desvio padrão, o valor mínimo e o valor máximo observado em cada subescala. As pontuações das dimensões foram transformadas em scores que variam entre 0 e 100.

TABELA 11: Análise descritiva da Escala de *Empowerment* da Grávida (total e dimensões)

| Dimensões                   | <u>M</u> | <u>DP</u> | <u>Min.</u> | <u>Máx.</u> |
|-----------------------------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Autoeficácia                | 76,77    | 11,45     | 50,00       | 100,00      |
| Previsão do futuro          | 76,81    | 13,43     | 38,89       | 100,00      |
| Autoestima                  | 69,23    | 10,79     | 37,50       | 87,50       |
| Apoio e segurança de outros | 80,42    | 12,94     | 50,00       | 100,00      |
| Alegria                     | 84,44    | 11,29     | 50,00       | 100,00      |
| EEG total                   | 53,06    | 9,05      | 77,53       | 97,50       |

Os resultados são indicativos de um elevado de *empowerment* nas participantes e são as dimensões “apoio e segurança de outros” e “alegria pela inclusão de um novo membro na família” as que mais contribuem para a escala global. A dimensão “autoestima” é a que apresenta pontuações médias mais baixas.

#### *Validade de construto*

Procedeu-se ao estudo da dimensionalidade da EEG através da análise fatorial. O coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* obteve um valor de 0,815 e o *Bartlett's Test of Sphericity* um valor de  $X^2(351)=1474,82$ ;  $p<0,001$ , legitimando-se, assim, o prosseguimento da análise.

Para conhecer a organização dos conteúdos da escala, procedeu-se à análise exploratória dos componentes principais (ACP) com rotação oblíqua segundo o método *Promax*<sup>5</sup>, conforme o estudo original, evidenciando-se o peso estatístico de cada item, em cada um dos fatores. Considerou-se 0,30 como a saturação mínima exigida para a associação de um item a um fator.

A ACP permitiu a extração de sete fatores explicando 59,02% da variância total que não correspondeu ao número de fatores do estudo original. Foi feita nova análise exploratória forçada a cinco fatores, conforme o estudo original. Na solução fatorial assim obtida os cinco fatores explicam 50,76% da variância total, mas não é sobreponível com a solução fatorial do estudo original. Os dois primeiros fatores evidenciam-se face aos restantes, explicando 25,41% e 7,7% da variância respetivamente. No entanto, apesar da constituição dos fatores não ser igual à composição da escala original, mais de 50% dos 27 itens da escala saturam nas mesmas dimensões da escala original pelo que foi seguida a proposta das autoras do estudo de validação original na criação das subescalas, conforme se apresenta na tabela 12.

TABELA 12: Itens constituintes das dimensões da Escala de *Empowerment* da Grávida

|                             | Itens               |
|-----------------------------|---------------------|
| Autoeficácia                | 1,4,13,15,21,23     |
| Previsão do futuro          | 2*,6*,8,12,17,25    |
| Autoestima                  | 5,7,9*,16,19*,22,27 |
| Apoio e segurança de outros | 3,18,24,26          |
| Alegria                     | 10,11,14,20         |

LEGENDA: \*Itens invertidos

<sup>5</sup> Promax - método de rotação oblíquo em que não se observa o pressuposto da independência das componentes.



Foi realizada a análise da correlação entre as cinco dimensões do *empowerment* da grávida, através da correlação de Pearson, de acordo com o apresentado na tabela 13.

TABELA 13: Correlações de Pearson Escala de *Empowerment* da Grávida (total e dimensões)

| Dimensões                   | Autoeficácia | Previsão futuro | Autoestima | Apoio e segurança de outros | Alegria |
|-----------------------------|--------------|-----------------|------------|-----------------------------|---------|
| Autoeficácia                |              |                 |            |                             |         |
| Previsão futuro             | 0,47**       |                 |            |                             |         |
| Autoestima                  | 0,63**       | 0,49**          |            |                             |         |
| Apoio e segurança de outros | 0,66**       | 0,45**          | 0,52**     |                             |         |
| Alegria                     | 0,36**       | 0,50**          | 0,28**     | 0,25**                      |         |
| EEG total                   | 0,83**       | 0,79**          | 0,82**     | 0,74**                      | 0,58**  |

NOTA: \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

Verificou-se a existência de correlações positivas significativas entre todas as dimensões da escala e correlações fortes de cada dimensão com a escala global.

A validade de critério foi efetuada com recurso à EE (tabela 14).

TABELA 14: Correlações de Pearson entre a Escala de *Empowerment* da Grávida e a Escala de *Empowerment* (total e dimensões)

| Dimensões                   | Autoestima/<br>autoconfiança | Poder          | Ativismo<br>comunitário | Otimismo       | Ira             | EE total |
|-----------------------------|------------------------------|----------------|-------------------------|----------------|-----------------|----------|
| Autoeficácia                | 0,62**                       | 0,17*          | 0,50**                  | 0,50**         | 0,20 <i>ns</i>  | 0,53**   |
| Previsão do futuro          | 0,50**                       | 0,13 <i>ns</i> | 0,26**                  | 0,39**         | 0,24 <i>ns</i>  | 0,38**   |
| Autoestima                  | 0,66**                       | 0,28**         | 0,48**                  | 0,49**         | 0,03 <i>ns</i>  | 0,56**   |
| Apoio e segurança de outros | 0,54**                       | 0,09 <i>ns</i> | 0,49**                  | 0,42**         | -0,11 <i>ns</i> | 0,40**   |
| Alegria                     | 0,30**                       | 0,43 <i>ns</i> | 0,31**                  | 0,13 <i>ns</i> | -0,00 <i>ns</i> | 0,23**   |
| EEG total                   | 0,71**                       | 0,21**         | 0,53**                  | 0,53**         | -0,00 <i>ns</i> | 0,58**   |

NOTA: \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; *ns* - não significativo

Verificamos uma correlação positiva significativa entre as dimensões da EEG e as componentes da EE exceto com a subescala “ira”. A subescala “poder atual” da EE apresenta correlação fraca positiva apenas com as dimensões “autoestima” e “autoeficácia” da EEG.

### Consistência interna

TABELA 15: Consistência interna da Escala de Empowerment da Grávida (total e dimensões)

| Dimensões                   | Alfa de Cronbach<br>Amostra em estudo | Alfa de Cronbach<br>Kameda e Shimada (2008) |
|-----------------------------|---------------------------------------|---|
| Autoeficácia                | 0,68                                  | 0,77  |
| Previsão do futuro          | 0,69                                  | 0,76  |
| Autoestima                  | 0,74                                  | 0,80  |
| Apoio e segurança de outros | 0,72                                  | 0,77  |
| Alegria                     | 0,40                                  | 0,67  |
| EEG total                   | 0,88                                  | 0,89  |

A consistência interna global da escala (tabela 15), avaliada pelo alfa de Cronbach, foi de 0,88, valor muito semelhante ao encontrado no estudo original (0,89) e considerado como uma boa consistência interna Ribeiro (1999a). Em todas as dimensões encontramos valores de consistência interna considerados aceitáveis, acima de 0,60, com exceção da subescala “alegria” que é também no estudo original a dimensão que apresenta um valor de consistência interna mais baixo.

### Estado de Saúde Autopercebido

Relativamente à questão de autopercepção do estado de saúde, a análise da associação pelo coeficiente de correlação de Pearson com as dimensões e total da EEG, demonstrou que existe uma associação significativa e moderadamente positiva com todas as dimensões com exceção da dimensão “Apoio e segurança de outros.” Assim a uma melhor autopercepção do estado de saúde estão associados maior autoeficácia, autoestima, melhor precisão do futuro e mais alegria e maior nível de *empowerment*, como se pode observar na tabela 16.

TABELA 16: Correlação de Pearson entre percepção de estado de saúde e a Escala de *Empowerment* da Grávida (total e dimensões)

| Dimensões                     | Autoeficácia | Previsão futuro | Autoestima | Apoio e segurança de outros | Alegria | EEG total |
|-------------------------------|--------------|-----------------|------------|-----------------------------|---------|-----------|
| Estado de saúde autopercebido | 0,25**       | 0,16*           | 0,41**     | 0,14 <i>ns</i>              | 0,17*   | 0,32**    |

NOTA: \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; *ns* - não significativo

### *Sentido de Coerência Interna*

Procedeu-se à comparação das médias entre a EEG, e as três questões da versão experimental reduzida do questionário de SCO, representativas das três componentes do constructo: capacidade de compreensão, capacidade de gestão e capacidade de investimento. Realizou-se a análise das diferenças das médias através do teste ANOVA e verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias dos três grupos quer nas componentes da EEG que no valor total da mesma.

### *Variáveis sóciodemográficas e clínicas*

Na análise correlacional entre as variáveis idade, escolaridade e idade gestacional e as componentes e o total da EEG, verificou-se que a idade gestacional tem uma correlação positiva significativa com a dimensão “autoestima” ( $r=0,22$ ;  $p=0,01$ ), ou seja, maior idade gestacional está associada a maior autoestima. Verificou-se ainda uma correlação negativa significativa entre a idade e a dimensão “apoio de segurança de outros”, ( $r=-0,16$ ;  $p=0,04$ ). Assim, grávidas mais velhas demonstram menor perceção de “apoio e segurança de outros”.

Através da aplicação do teste  $t$  não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias correspondentes ao valor total e ao valor das dimensões da EEG relacionadas com as variáveis gravidez anterior, tratamento de fertilidade, gravidez desejada, paridade, experiência anterior de parto, complicações na gravidez e frequência de sessões práticas de preparação para o parto. Foi aplicado o teste ANOVA para a relacionar o nível de *empowerment* e o tipo de parto anterior e também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias do *empowerment* nos três grupos: parto normal, ventosa/fórceps e cesariana.



## 5.DISSCUSSÃO

A EEG revelou ser de fácil compreensão e de aplicação rápida, do ponto de vista da sua utilização. Considerando as opiniões das participantes, verificamos que o instrumento não revelou ser ofensivo, causador de alterações emocionais ou constrangedor para as grávidas.

Um estudo de validação adequado consiste num procedimento muito semelhante ao da construção, ou seja, deve ser realizado um conjunto de procedimentos psicométricos idênticos aos utilizados na versão original (Bradley 1994; Ribeiro, 2010). Consideramos que o primeiro objetivo deste trabalho de investigação foi cumprido, na medida em que a versão resultante deste estudo apresenta propriedades psicométricas adequadas. O facto de a escala ter sido originalmente criada em japonês, mas a versão utilizada para a sua tradução ter sido a versão em língua inglesa, poderá ter introduzido ligeiros desvios aos termos originais, que não temos capacidade para detetar. Todavia, foram utilizados todos os procedimentos metodológicos com vista a corrigir estes vieses.

Relativamente às características das participantes, o perfil das grávidas da amostra é semelhante à do estudo original (Kameda & Shimada, 2008). A média de idades das grávidas é de 30,15 anos, com um nível de escolaridade correspondente ao ensino superior, primigestas no 3º trimestre de gravidez, dando alguma segurança quanto à transposição das suas características para a população portuguesa.

A fidelidade da escala foi estudada, na escala global e nas cinco dimensões propostas na versão original e apresentou valores de consistência interna teoricamente aceitáveis, mas ligeiramente inferiores aos do estudo original. A componente “alegria pela inclusão de um novo membro na família” apresentou valor inferior a 0,70 como no estudo original. Este resultado pode ser influenciado pelo pequeno número de itens que constituem a dimensão (Fortin, 2009). Outra justificação prende-se com a baixa correlação do item “estou ansiosa pela vida após o nascimento do meu filho” com a subescala a que pertence.

Estes resultados permitem concluir que a EEG constitui um instrumento adequado para a avaliação do *empowerment* das grávidas portuguesas. É interessante verificar que os valores, mais elevado e mais baixo, de consistência interna por dimensões, se situam na dimensão “autoestima” e na dimensão

“alegria pela inclusão de um novo membro na família” respetivamente, assim como no estudo de validação original. Também no estudo de Rogers *et al.* (1997), referente à construção de uma escala de *empowerment*, a autoestima foi o fator com maior consistência do instrumento, o que nos leva a concluir que esta dimensão é um componente importante na capacitação das pessoas.

Os resultados obtidos pela avaliação da estrutura fatorial da versão portuguesa da EEG permitiram-nos considerar como aceitável a estrutura de cinco fatores proposta no estudo original. Verificamos no entanto, que a distribuição dos itens pelos fatores foi maioritariamente mas não totalmente, coincidente com a da escala original. Todavia, dado na análise original terem sido eliminados um conjunto alargado de itens, a solução aqui encontrada teria baixa probabilidade de ser coincidente, uma vez que a solução fatorial é influenciada pela adição e subtração de itens (Tabachnick & Fidell, 2007).

No presente estudo verificou-se uma correlação moderada entre a EEG e a EE, exceto com a subescala “ira”, o que nos permite concluir da validade de critério da EEG e ajuizar que esta é uma medida válida do *empowerment*. A ira poderá ser uma componente sem grande expressão neste contexto, já que durante a gravidez, a mulher apresenta, por norma, emoções mais positivas que a acompanham e a “protegem”.

Já no que respeita à autoperceção do estado de saúde verifica-se, no presente estudo, que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre esta variável e o nível de *empowerment*, o que é concordante com a literatura (Gibson, 1991; Shearer, 2009), uma vez que este permite compreender e aumentar o controlo sobre os fatores que afetam a vida e a saúde. De acordo com as orientações nacionais a resposta à saúde dos cidadãos (PNS 2012-2016), passa pelo *empowerment*, o qual permite integrar a responsabilização centrada no próprio cidadão, em relação ao seu projeto de saúde (neste contexto a gravidez). A EEG, associada a uma abordagem do enfermeiro centrada nos processos de transição, permite integrar os diferentes componentes propostos pelos autores. Por exemplo a autoeficácia, associa-se a todas as dimensões de uma transição, nomeadamente, à “consciencialização” enquanto propriedade, ao “significado” enquanto condicionante pessoal, e ao “sentir-se situado”, enquanto indicador de processo (Chick & Meleis, 1986).

Quando analisamos a questão relativa ao sentido de coerência não encontramos diferenças no nível de *empowerment* das grávidas da amostra. De acordo com a literatura o sentido de coerência tem um efeito mediador nos fatores de risco para a saúde, física e psicológica (Carvalho, 2005; Pereira *et al.*, 1999) e apresenta relação com o nível de *empowerment* dos indivíduos (Almeida & Pais-Ribeiro, 2011; Costa, 2010; Lundberg *et al.*, 2009; Nunes, 1999; Posadzki *et al.*, 2010). Este contraste entre a literatura e os resultados obtidos pode estar relacionado com o facto de ter sido utilizada a versão experimental, em que cada item representa uma dimensão do SCO e não uma versão validada.

Foi ainda estudada a relação entre o nível de *empowerment* das grávidas da amostra e as variáveis sócio demográficas e clínicas. Robinson e Thompson (2001), na análise entre o *empowerment* e o processo de tomada de decisão, verificaram diferenças significativas relativamente às variáveis idade, escolaridade e percepção do estado de saúde. No presente estudo verificou-se a relação da EEG com a percepção do estado de saúde. Tal como no estudo de Rogers *et al.* (1997), verificou-se ausência de relação entre o score total de *empowerment* e as variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade). Contrariamente, no estudo de Levinson, *et al.* (2005) as mulheres com níveis mais altos de escolaridade apresentavam uma maior tendência para assumir um papel ativo na tomada de decisão relativamente a aspetos relacionados com a sua saúde, mostrando níveis mais elevados de *empowerment*. Se por um lado seria de esperar que pessoas com maior escolaridade mostrassem um maior *empowerment*, estes resultados poderão sugerir que a amostra apresentava uma boa escolaridade com pouca variação entre as mulheres estudadas. Também o processo de capacitação poderá ser conseguido ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento das pessoas. Ou seja, pessoas expostas a um modelo de responsabilização, de consciencialização, de ativismo e participação social poderão desenvolver características pessoais do tipo “traço” que passam a fazer parte fluída da sua identidade e estáveis a partir da maturidade.

Numa análise mais pormenorizada nas dimensões da EEG verificamos que as mulheres mais velhas percecionaram menor apoio social. Esta relação poderá estar associada a uma visão da sociedade de apoiar mais os elementos mais jovens e esperar que mães mais velhas tenham mais autonomia não requerendo tanto apoio formal e informal das famílias.

Também foi encontrado uma relação entre a autoestima e idade gestacional. Provavelmente durante a gravidez as participantes foram desenvolvendo competências que contribuíram para melhorar a sua autoestima. Também a participação nos cursos de preparação para o parto e para a parentalidade poderão explicar esta relação.

Relativamente às variáveis clínicas, verificaram-se pequenas diferenças nos resultados entre os estudos de validação no Japão e em Portugal. No estudo na população japonesa verificou-se que o nível de *empowerment* das grávidas submetidas a tratamento de fertilidade era superior ao das restantes e que o nível de *empowerment* era inferior naquelas que não desejavam a gravidez. Estas diferenças de resultados entre os dois estudos, cujo número de participantes foi 166 no estudo português e 171 no japonês, poderão ser explicadas pelas diferenças culturais existentes entre a população portuguesa e japonesa e de acordo com a literatura o *empowerment* psicológico assumir formas distintas quando as populações e contextos são diferentes (Zimmerman & Perkins, 1995), bem como pelo número reduzido na nossa amostra que recorreu a tratamento para a fertilidade e que assumiu não ter desejado a gravidez.

Os resultados sugerem um nível médio/alto de *empowerment* face ao período de transição inerente à gravidez. No entanto, itens “*Tenho a minha imagem ideal do parto*” e “*Imagino como será o meu parto*”, ambos pertencentes à dimensão “previsão do futuro”, apresentam valores de média inferior aos restantes itens da escala. Este resultado é concordante com a literatura, visto o parto ser um dos eventos de maior *stress* do ponto de vista físico, social e emocional (Sekizuka, Nakamura, Shimada, Tabuchi, Noriko, Kameda & Sakai, 2006) e estar associado à dor que pode ser influenciada por uma série de fatores psicossociais, tais como o medo, as expectativas, a cultura, a educação e a experiência anterior. Estes aspetos conduzem à sobrevalorização das expectativas de dor e contribuem para subestimar a capacidade de lidar com a mesma (Talbot, 2012).

Da análise dos resultados das médias por dimensão, verificamos que as subescalas “alegria pela inclusão de um novo membro na família” e “apoio e segurança dos outros” são as que apresentam uma pontuação média mais elevada, seguidas das dimensões “previsão do futuro” e “autoeficácia”. No estudo de Gibson (1995) o suporte social é igualmente identificado como um fator



influenciador do processo de *empowerment*, no qual a percepção da existência de suporte conduz a sentimentos de aumento de poder das mães. A dimensão “autoestima” com a média mais baixa, indica-nos que a necessidade de implementação de estratégias promotoras do *empowerment* é mais acentuada nesta dimensão, e que devem ser foco de atenção dos cuidados de enfermagem.

O estudo da EEG resultou numa medida válida e consistente do *empowerment* no contexto da gravidez, permitindo clarificar os seus componentes e as relações entre os mesmos, identificando-o como um conceito essencial nos cuidados de enfermagem centrados na grávida. O enquadramento do conceito de *empowerment* desenvolvido neste estudo é congruente com as definições apresentadas na revisão da literatura (Gibson, 1991; Gibson, 1995; Hermansson & Martensson, 2011; Rodwell, 1996; Rogers *et al.*, 1997).

Podemos assim considerar que a EEG constitui um instrumento fiável, válido e adaptado para o estudo do *empowerment* das grávidas e que terá muito interesse e aplicabilidade na prática. No entanto, há necessidade de mais estudos complementares para reavaliar as propriedades psicométricas da escala, nomeadamente em fases diferentes da gravidez e estudar também a sua estabilidade temporal.



## 6.CONCLUSÃO

No momento das considerações finais, assumimos que independentemente dos resultados do estudo, a visão sobre o processo de investigação se alterou. Ao terminar este estudo destaca-se a percepção da importância da investigação, enquanto processo rigoroso e sistemático, mas sobretudo da sua importância na produção de conhecimento e consequente contributo para a prática de cuidados de enfermagem de excelência, baseados na evidência científica. Deste modo a conclusão é sentida como um ponto de partida para uma nova etapa, ou seja um recomeço, visto que as conclusões nos abrem o pensamento e nos conduzem a outras questões e inquietações.

Recentemente a Comissão de Formação da Ordem dos Enfermeiros apresentou as áreas prioritárias de investigação, de que fazem parte a “ ... segurança dos clientes, dimensão ético-deontológica do exercício e a capacitação (*empowerment*) dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.10). No domínio dos cuidados pré-natais, o *empowerment* é com certeza uma das exigências impostas à prática de enfermagem, no sentido da promoção do autocuidado na gravidez. Um modelo de cuidados de promoção da saúde na gravidez, tendo por base a filosofia de *empowerment*, contribui para a obtenção de ganhos que se refletem em mudanças pessoais e sociais determinantes para a saúde dos indivíduos e comunidades. No contexto social e económico atual, as políticas de saúde cada vez mais terão em consideração os ganhos em saúde, passíveis de serem medidos e quantificados. A enfermagem não pode estar à margem desta realidade e é essencial a utilização de instrumentos, como o objeto de adaptação no presente estudo, que possam contribuir não só para a melhoria dos cuidados, mas também para a avaliação dos ganhos decorrentes dos cuidados dos enfermeiros e deste modo poderem influenciar as decisões políticas.

O procedimento de adaptação do instrumento realizado a partir da versão inglesa do instrumento original em língua japonesa e os resultados do procedimento de adaptação para a população portuguesa da EEG, permitem-nos concluir que a versão resultante deste estudo apresenta propriedades métricas adequadas para avaliar o nível de *empowerment* da grávida. O uso desta escala possibilita o desenvolvimento de intervenções de enfermagem individualizadas na promoção do autocuidado na gravidez e do *empowerment* facilitando a consciencialização e mobilização dos recursos pessoais e externos que permitam a

capacitação das grávidas para lidar com as mudanças físicas e emocionais associadas à gravidez.

Os resultados da análise fatorial com cinco fatores, conforme proposto no estudo original, explicou 50,76% da variância total e, apesar da constituição dos fatores não ser igual à composição da escala original, mais de 50% dos itens saturam nas mesmas dimensões do estudo original. Da aplicação da EEG concluiu-se que as dimensões “alegria pela inclusão de um novo membro na família” e “apoio e segurança dos outros” têm uma contribuição maior para o *empowerment* das grávidas e que a dimensão “autoestima” apresenta um valor satisfatório mas baixo, sugestivo da necessidade de implementação de intervenções de enfermagem promotoras da autoestima, tendo como objetivo final a promoção do *empowerment* da grávida. Relativamente à consistência interna, a EEG apresentou valor de alfa de Cronbach semelhante à do estudo original e a subescala “alegria pela inclusão de um novo membro na família” apresentou valor inferior a 0,70 como no estudo original. Estes resultados permitem concluir que a *Escala de Empowerment da Grávida* (EEG) constitui um instrumento adequado para a avaliação do *empowerment* das grávidas portuguesas.

Apesar da gravidez constituir uma etapa de transição que implica a vivência de um processo de crescimento pessoal, verificamos que a amostra com média de idade de 30,15 anos, nível de escolaridade correspondente ao ensino superior, primigestas, no 3º trimestre de gravidez apresenta um nível de *empowerment* elevado. O estudo de adaptação e validação da EEG para a população portuguesa permite-nos concordar com Kameda e Shimada (2008) quando sugerem que é possível avaliar o nível de *empowerment* da grávida através desta escala.

Constatamos que a utilização da EEG permite uma aproximação entre o enfermeiro e a grávida, uma vez que possibilita o desenvolvimento do processo de enfermagem, concretamente na atividade diagnóstica, e uma abordagem profissional, valorizando os aspetos pessoais e socio contextuais, fomentando a humanização nos cuidados pré-natais, criando uma relação de confiança e parceria que torna a mulher grávida consciente do seu protagonismo nos determinantes da sua saúde.

Podemos concluir que a EEG constitui um instrumento fiável, válido e adaptado para o estudo do *empowerment* das grávidas portuguesas, não

dispensando no entanto, estudos complementares em que sejam novamente analisadas as propriedades psicométricas da escala.

No fim deste trabalho a ideia que salientamos é que o desafio fundamental que se coloca aos enfermeiros é a mudança para práticas de cuidados centrados na grávida, na medida em que uma relação de parceria nos cuidados é promotora da responsabilização pessoal dos indivíduos pela sua saúde, sem esquecer o papel determinante que a rede de suporte, família e amigos, tem no *empowerment* da grávida e como tal a sua inclusão nos cuidados de enfermagem pré-natais é crucial para a promoção do *empowerment* durante a gravidez.

Tendo em conta as considerações feitas, é necessário promover a investigação do conceito na realidade portuguesa e em particular na enfermagem de saúde materna e obstétrica. Nesta área reveste-se de particular importância a utilização de instrumentos de avaliação, como a EEG, que permitam definir estratégias de atuação para a promoção do *empowerment* nos cuidados pré-natais e na preparação para o parto e parentalidade que devolvam à mulher o protagonismo e vivência saudável da gravidez e parto.

#### Limitações do estudo

No que respeita, propriamente, à metodologia, o tipo de amostra é fundamental para a possibilidade de generalização dos dados à população sendo para tal necessária uma seleção aleatória dos participantes. O presente estudo foi desenvolvido no âmbito académico tendo à partida definido limite temporal para o cumprimento do prazo para a sua execução, o que constituiu por si uma limitação. O condicionamento temporal influenciou a forma de seleção da amostra que apesar de válida e já justificada anteriormente, não deixa de constituir uma limitação impedindo que as conclusões sejam extrapoladas para outras realidades. A limitação de tempo e o elevado número de participantes exigidos em função do objetivo do estudo não permitiram a realização do teste reteste para o estudo da estabilidade do instrumento.

Por fim, é de referir a escassez de contributos da evidência científica em português relativamente ao *empowerment* no contexto da gravidez. A maioria dos estudos e autores citados referem resultados e dados que não são da realidade portuguesa. As limitações referidas apresentam-se como oportunidades para

melhorar o trabalho desenvolvido e devem ser encaradas como caminhos possíveis para futuras investigações.

### Implicações dos resultados

Quando consideramos os cuidados de enfermagem determinantes no processo de *empowerment* na adaptação à gravidez e transição para a parentalidade, é expectável que estes sejam baseados em conhecimentos com evidência científica, rigorosos e atuais. Pela discussão dos resultados já apresentados é perceptível a necessidade de utilizar instrumentos de avaliação específicos que permitam uma individualização e adequação dos cuidados de enfermagem na gravidez e que permitam igualmente a avaliação dos cuidados de enfermagem especializados, ou seja, que possibilitem aferir os ganhos em saúde nesta população que resultam destes cuidados. Este estudo evidencia a importância de uma prática baseada numa relação em que o enfermeiro avalia com a grávida as suas necessidades e em simultâneo promove a tomada de decisão informada e em que os conhecimentos do enfermeiro constituem um instrumento de *empowerment*, fundamentado na parceria com a grávida e eventualmente com a família ou outros significativos. A implementação de cuidados de enfermagem fundamentados nas necessidades individuais, incentiva a promoção do autocuidado, da tomada de decisão, da autonomia e da autoestima, essenciais no processo de *empowerment* da grávida.

Partindo dos resultados deste estudo metodológico, em termos de futuras investigações uma das possibilidades para melhorar a versão portuguesa da EEG, será através da tradução a partir da versão em japonês, o que poderá permitir encontrar detalhes importantes na língua para a qual se quer traduzir.

## 7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C., PAIS-RIBEIRO, J. L.. *Empowerment em adultos na comunidade: estudo preliminar de adaptação de uma escala para a população portuguesa*. 2011. [Em linha] [Consult. a 04 de julho de 2012]. Disponível em WWW:URL:[http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F721889083/E-book\\_final.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F721889083/E-book_final.pdf)

ASOH, D., RIVERS, P.. The empowerment and quality health value propositions of e-health. *Health Services Management Research*, vol.23 (p.181-184), 2010.

BANDURA, A.. Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. . *American Psychologist*, 1982. [Em linha] [Consult. a 07 de julho de 2012] disponível em WWW:URL: <http://des.emory.edu/mfp/Bandura1982AP.pdf>

BANDURA, A.. *Self-efficacy: the exercise of control*, 1997. [Em linha] [Consult. a 07 de julho de 2012] disponível em WWW:URL: <http://www.des.emory.edu/mfp/effbook1.html>

BANDURA, A.. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, 1986. [Em linha] [Consult. a 07 de julho de 2012] disponível em WWW:URL:[http://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=rcnJB7Wkr9YC&oi=fnd&pg=PA94&dq=Social+Foundations+of+Thought+and+Action:+A+Social+Cognitive+Theory.&ots=DZIlpSKwgN&sig=KMBY19nsNW1Pqf1TwmvrA72AWm8&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Social%20Foundations%20of%20Thought%20and%20Action%3A%20A%20Social%20Cognitive%20Theory.&f=false](http://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=rcnJB7Wkr9YC&oi=fnd&pg=PA94&dq=Social+Foundations+of+Thought+and+Action:+A+Social+Cognitive+Theory.&ots=DZIlpSKwgN&sig=KMBY19nsNW1Pqf1TwmvrA72AWm8&redir_esc=y#v=onepage&q=Social%20Foundations%20of%20Thought%20and%20Action%3A%20A%20Social%20Cognitive%20Theory.&f=false)

BEATON, D.E., BOMBARDIER, C., GUILLEMIN, F., FERRAZ, M.B.. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, s.l., v.25,n.24, p.3186-3191,2000.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. *Institute for Work & Health*, 2002. [Em linha] [Consult. a 19 de março de 2012] disponível em WWW:URL:<http://www.dash.iwh.on.ca>

BERNSTEIN, E., WALLERSTEIN, N., BRAITHWAITE, R., GUTIERREZ, L., LABONET, R., ZIMMERMAN, M.. *Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members*. *Health Education Quarterly*, vol.21, (p. 281-294), 1994. [Em linha] [Consult. a 04 de julho de 2012] disponível em WWW:

URL:<http://ebookbrowse.com/gdoc.php?id=247624770&url=0f763d99cad4fd1ae72f917d0eef2f11>

BRYMAN, A. & CRAMER, D.. *Análise de dados em Ciências Sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. 3ª Ed. Oeiras: Celta, 2003.

CARRIN, G., KENT, B., KRISTIAN, H.. *Health systems policy finance and organization*, 2009. [Em linha] [Consult. a 04 de julho de 2012] disponível em WWW:URL:<http://books.google.pt/books?id=IEXUrc0tr1wC&pg=PA380&lpg=PA380&dq=Toward+a+model+of+psychological+health+empowerment:implicationsfor+health+care#v=onepage&q=Toward%20a%20model%20of%20psychological%20health%20empowerment%3Aimplicationsfor%20health%20care&f=false>

CARVALHO, G.. Sentido de coerência, ligação materno fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez. In: Dissertação de Mestrado, 2005. [Em linha] [Consult. a 08 de Novembro de 2011] disponível em WWW: URL: [http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/05\\_sco\\_vinculo\\_materno\\_fetal\\_gravidez.pdf](http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/05_sco_vinculo_materno_fetal_gravidez.pdf)

CARVALHO, S.. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à saúde. *Cadernos de Psicologia*, vol. 20, nº 4, (pp. 1085-1095), 2004.

CHICK, N., MELEIS, A.I.. *Transitions: a nursing concern*. School of Nursing Departmental Papers. University of California - San Francisco, 1986. p. 237-257.

CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - ICN. CIPE/ICNP: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão Beta 2, 2002.

COSTA, A.R. - Autoeficácia e sobrecarga nos prestadores de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. In: Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2010.

CRONBACH, L., MEEHL, P.. Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, vol. 52, (pp. 281-302), 1955.

DELLINGER, A., LEECH, N.. Toward a unified validation framework in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, vol.1, nº 4, (pp. 309-332), 2007.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. *Normas para elaboração e apresentação de dissertações e relatórios*, (S/D). [Em linha] [Consult. a 10 de



janeiro de 2012] disponível em WWW: URL:  
[http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F1639440583/](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F1639440583/Regras%20para%20apresenta%C3%A7%C3%A3o%20de%20disserta%C3%A7%C3%B5es%20e%20relatorios.pdf)  
Regras para apresentação de dissertações e relatorios.pdf

FARROW, C., BLISSET, J.. The development of maternal self-esteem. *Infant Mental Health Journal*, vol.28, nº 5, (pp. 517-535), 2007.

FIELD, A.. *Discovering statistis using SPSS*. 2ª ed. SAGE, 2005

FORTIN, M. F.. *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusociência - Lusodidacta, 2009.

FORTIN, M. F.. *O processo de Investigação: da conceção à realização*. 2.ª ed. Loures: Lusociência - Lusodidacta, 2000.

FOSTER-FISHMAN, P., SALEM, D., CHIBNALL, S., LEGLER, R., YAPCHAI, C.. Empirical Support for the Critical Assumptions of Empowerment Theory. *American Journal of Community Phsicology*, vol.26, nº 4, (p. 507-553), 1998.

FREIRE, T. e ALMEIDA, L.. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Edições Psiquilíbrios, 2000.

GIBSON, C.H.. A concept analysis of empowermwent. *Journal of Advanced Nursing*, vol.16, (p.354-361), 1991.

GIBSON, C.H.. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, vol.21, (p.1201-1210), 1995.

GOUVEIA, M. J.; PAIS-RIBEIRO, J. L. e MARQUES, M.. Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual: Resultados Psicométricos Preliminares. In: Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 7, Porto - *Intervenção em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2008.

GUILLEMIN, F., BOMBARDIER, C.; BEATON, D.E..Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J. Clin. Epidemiol.*, vol.46, nº 12, (p.1417-1432), 1993.

HERMANSSON, E., MARTENSSON, L.. Empowerment in the midwifery context - a concept analysis. *Midwifery*, vol.27, (p.811-816), 2011.

HIL, M., HIL, A.. *Investigação por questionário*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2002.

HUR, M.H.. Empowerment in terms of theoretical perspectives: exploring a typology of the process and components across disciplines. *Journal Of Community Psychology*, vol.34, nº5, (p.253-540), 2006.

JUDGE, T., EREZ, A., BONO, J., THORESEN, C.. Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.83, nº 3, (pp. 693-710), 2002.

KABEER, N.. *The Conditions and Consequences of Choice: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment*. Suíça: United Nations Research Institute for Social Development, 1999.

KAMEDA, Y. e SHIMADA, K. - Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University* , vol.32, nº 1, (pp. 39-48), 2008.

KOVACH, A.C., BECKER, J., WORLEY, H..The impact of community health workers on the selfdetermination, self-sufficiency and decision-making ability of low-income women and mothers of young children. *Journal of Community Psychology*, vol.32, nº 3, (p. 343-356), 2004.

LASCHINGER, H., GILBERT, S., SMITH, L., LESLIE, K.. Towards a comprehensive Theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management*, vol.18, (pp. 4-13), 2010.

LEVINSON, W., KAO, A., KUBY, A., THISTED, R. A.. Not All Patients Want to Participate in Decision Making: A National Study of Public Preferences. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20,(pp. 531 - 535), 2005.

LUNDBERG, B., HANSSON, L., WENTZ, E., BJÖRKMAN, T.. Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 16, (pp.516-522), 2009.

MACHADO, R.. *Bem-estar Psicológico e Sentido de Coerência Interno na Velhice em Portugal*. In: Dissertação de Mestrado. 2008. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa, 2008. [Em linha] [Consult. a 08 de novembro de 2011] disponível em WWW:URL:<http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Conselho de Enfermagem: Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Conselho de Enfermagem: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Génève: OMS, 2001.

OUDSHOORN, A.. Power and empowerment: critical concepts in the nurse-client relationship. [Em linha] [Consult. a 04 de julho de 2012] disponível em WWW: [URL:http://www.abeoudshoorn.com/publications/oudshoorn2005.html](http://www.abeoudshoorn.com/publications/oudshoorn2005.html)

PAGE, N., CZUBA, C.. Empowerment: What is it? *Journal of Extension*, vol. 37, nº 5, (pp. 24-32), 1999. [Em linha] [Consult. a 8 de novembro de 2011] disponível em WWW: [URL:http://www.joe.org/joe/1999october/comm1.php](http://www.joe.org/joe/1999october/comm1.php)

PAIS-RIBEIRO, J. L.. *Avaliação em psicologia da saúde, instrumentos publicados em português*. Psicologia Série Psicologia e Saúde. Coimbra: Quarteto - 1.ª Edição, 2007.

PEREIRA, M., SANTOS, A., RAMALHO, V.. Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial, 1999. [Em linha] [Consult. a 09 de julho de 2012] disponível em WWW: [URL: http://www.psiquilibrios.pt/artigos/AdaptarGravidez.pdf](http://www.psiquilibrios.pt/artigos/AdaptarGravidez.pdf)

PEREIRA, M.. *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. In: Dissertação de Mestrado. 2010. [Em linha] [Consult. a 08 de novembro de 2011] disponível em WWW: [URL: http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf](http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf)

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SANTOS, N.; MALAQUIAS, J. V. e CARVALHAES, R.. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, Vol. 21, n.º 2*, (pp. 436-448), 2005.

PESTANA, M. H. e GAJEIRO, J. N.. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Sílabo, 2005.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016. Eixos Estratégicos para o Sistema de Saúde: Cidadania em Saúde. 2012[Em linha] [Consult. a 23 de julho de 2012] disponível em WWW:URL: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. e HUNGLER, B. P.. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.<sup>a</sup> Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agrupamento de Centros de Saúde (ACES): Unidade de Cuidados na Comunidade - Missão para os Cuidados de Saúde Primários*, junho de 2008b.

POSADZKI, P., STOCKL, A., MUSONDA, P., TSOUROUFLI, M.. A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, vol.51, (pp.246-252), 2010.

POTTER, P. e PERRY, A. G.. *Fundamentos de Enfermagem*. 4.<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1999.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V.. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2.<sup>a</sup>ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

RIBEIRO, J. L. P. e ANTUNES, S.. Contribuições para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens (General Health Questionnaire - GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.5, n.º1, (pp. 37-45), 2003.

RIBEIRO, J. L. P.. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), (pp. 547-558), 1999a.

RIBEIRO, J. L. P.. *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, (2005b).

RIBEIRO, J. L. P.. *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999b.

RIBEIRO, J. L. P.. Mental health inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol.2, n.º1, (pp.77-99), 2001.

RIBEIRO, J. L. P.. *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora, 2010.

RIBEIRO, J. L. P.. *O Importante é a Saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de Saúde - SF-36*. Edição: Merck Sharp & Donhme, (2005c).

ROBINSON, A., THOMSON, R.. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care*, vol. 10,nº 1, (pp.i34 - i38), 2001.

ROBSON, P. J.. Self-esteem--a psychiatric view.*The British Journal of Psychiatry*, vol.153. (pp.6-15), 1988)

RODWELL, C.M.. *A analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing*, vol.23, (p.305-313), 1996.

ROGERS, S.E., CHAMBERLEIN, J., ELLISON, M., CREAN, T. - A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatric Services* ,vol. 48, nº 8 (p.1042-1047), 1997.

SANTOS, C. S. V. B.; RIBEIRO, J.L.P. e LOPES, C.. Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) - A pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol.4, n.º2, (pp. 185-204), 2003.

SCHUMACHER, K., MELEIS, A.I.. Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 26, nº 2, (pp. 119-127), 1994.

SEKIZUKA, N-, NAKAMURA, H., SHIMADA, K., TABUCHI, NORIKO, KAMEDA, Y., SAKAI, A.. Relationship between Sense of Coherence in Final Stage of Pregnancy and Postpartum Stress Reactions. *Environmental Health and Preventive Medicine*, vol.11, (pp. 199-205), 2006.

SHEARER, N.B.. *Health empowerment theory as a guide for practice*. Geriatric Nursing, vol. 30, nº 2s, 2009

TABACHNICK, B.G; FIDELL, L.S.. *Using multivariate Statistic*. 5th edition. Boston: Pearson Education Inc., 2007.

TALBOT, R.. Self-efficacy: women's experiences of pain in labour. *British Journal of Midwifery*, VOL. 20, Nº 5, (PP. 317-321), 2012.

TEIXEIRA, M.B.. *Empowerment de idosos em grupos direcionados à promoção da Saúde*. In: Dissertação de Mestrado,2000. [Em linha] [Consult. a 08 de novembro de 2011] disponível em WWW: URL: [http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?id=00003402&lng=pt&nrm=iso&script=thes\\_chap](http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?id=00003402&lng=pt&nrm=iso&script=thes_chap)

TETI, D., GELFAND, D..Behavioral Competence ainong Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of Maternal Self-Efficacy. *Child Development*, vol.62 (pp. 918-929), 1991.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE S. MAMEDE DE INFESTA. *Plano de Ação da UCCSMI*. Porto, 2009.

VILELAS, J.. *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

WALLERSTEIN, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report. Copenhagen, 2006. [Em linha] [Consult. a 22 de julho de 2012] disponível em WWW:URL:<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>

WALLERSTEIN, N., BERNSTEIN, E.. *Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education*. Health Education Quarterly, 1988.

WHETTEN, D.. *What Constitutes a Theoretical Contribution?* Academy of Management Review, vol.14, nº 4, (p.490-495), 1989.

WHOQOL GROUP. The World Health Organizations quality of life assessment (WHOQOL) development and general psychometric proprieties. *Soc. Sci. Med.*, Vol.46, n.º12, (pp. 1569-1585), junho de 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ative ageing, a policy framwork. A contribution of the WHO to the second United nations world assembly on ageing*. Madrid: WHO, 2002.

ZIMMERMAN, M. e PERKINS, D.. Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Phsycology*, vol. 23, nº 5, (pp. 569-579), 1995.

## ANEXOS





ANEXO I - Autorização para colheita de dados na ULS  
Matosinhos EPE-





Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração da  
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE  
Rua Eduardo Torres, s/n  
4464-513 Senhora da Hora

**Assunto:** Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação.

Clara Maria Cardoso da Silva Aires, enfermeira com o título de Especialista em Saúde Materna e Obstétrica pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. (ULSM) – Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta, a frequentar o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ano lectivo 2011/2012, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a desenvolver o trabalho de investigação intitulado *“Tradução e validação da Escala de Empowerment da Grávida”*, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Martins e co-orientação da Professora Mestre Maria Rui Sousa (docentes da ESEP) e Isabel Maria Fonseca Ferreira, enfermeira com o título de Especialista em Saúde Materna e Obstétrica pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. (ULSM) – Unidade de Cuidados na Comunidade Leça da Palmeira, a frequentar o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ano lectivo 2011/2012, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a desenvolver o trabalho de investigação intitulado *“Importância atribuída pelas grávidas ao papel do enfermeiro: análise de dois modelos conceptuais de cuidados”*, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Martins e coorientação da Professora Maria Rui Sousa (docentes da ESEP) vêm por este meio solicitar autorização para a realização desses estudos de investigação na ULSM.

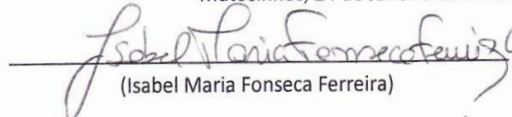
O pedido conjunto para a realização destes trabalhos prende-se com o aspecto metodológico comum a ambas as investigações, uma vez que têm a mesma área de interesse, a mesma população e amostra e em que parte substancial dos dados a recolher é coincidente a ambas as investigações. As suas finalidades são também comuns, uma vez que pretendem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, em saúde materna e obstétrica, adequadas às reais necessidades das grávidas alvo de intervenção, numa lógica promotora da vivência saudável e satisfatória da gravidez, do parto e da parentalidade.

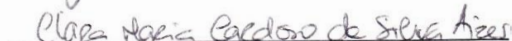
Os objectivos principais do primeiro trabalho são a validação e adaptação cultural da “Escala de Empowerment da Grávida” de Yukie Kameda; conhecer a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas e o empowerment das grávidas e conhecer o nível de empowerment das grávidas que integram o estudo. Os objectivos do segundo estudo visam conhecer o grau de importância que as grávidas atribuem ao papel do enfermeiro; conhecer o modelo de cuidados de enfermagem com que as grávidas mais se identificam: o modelo Biomédico ou o modelo de Empowerment e conhecer a relação entre o nível de empowerment das grávidas e o modelo de cuidados de enfermagem que mais valorizam.

Segue anexo a este documento, o instrumento de colheita de dados que se pretende aplicar às grávidas na Instituição de Saúde que Vossa Excelência preside.

Pede deferimento,

Matosinhos, 24 de Janeiro de 2012

  
(Isabel Maria Fonseca Ferreira)

  
(Clara Maria Cardoso da Silva Aires)

Clara Aires e Isabel Ferreira, Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica  
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.  
Telefone: 916485672/916488787 E-mail: [clara.aires@ulsm.min-saude.pt](mailto:clara.aires@ulsm.min-saude.pt) e [isabel.ferreira@ulsm.min-saude.pt](mailto:isabel.ferreira@ulsm.min-saude.pt)

**De:** Olívia Pestana

**Enviado:** sexta-feira, 16 de Março de 2012 9:05

**Para:** Clara Aires; Isabel Ferreira

**Assunto:** Autorização para recolha de dados

Exmas. Senhoras,

Em resposta à solicitação de v/ Exas. relativamente ao pedido de autorização para a realização dos estudos intitulados "Tradução e validação da Escala de Empowerment da grávida" e "Importância atribuída pelas grávidas ao papel do enfermeiro: análise de dois modelos conceptuais de cuidados", venho informar que o pedido foi autorizado em reunião do Conselho de Administração de 13 de Março de 2012, após parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais informo que deve ser dado conhecimento ao SEGIC da produção científica sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar na Biblioteca, sempre que possível em suporte electrónico.

Com os melhores cumprimentos

Olívia Pestana

Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Portugal

Telefone: + 351 229 391 233 | Fax: + 351 229 391 231

Extensão: 1233

E-mail: [olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt](mailto:olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt)

Web site: <http://www.ulsm.min-saude.pt/>

---

## ANEXO II - Consentimento Informado -



# **Escola Superior de Enfermagem do Porto**

## **Termo de Consentimento Informado**

Clara Maria Cardoso da Silva Aires e Isabel Maria Fonseca Ferreira, enfermeiras a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, convidam-na a preencher o presente questionário no âmbito dos estudos de investigação intitulados: “Tradução e validação da Escala de *Empowerment* da Grávida” e “Importância atribuída pelas grávidas ao papel do enfermeiro: análise de dois modelos conceptuais de cuidados”, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Martins e co-orientação da Professora Maria Rui Sousa (docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto).

Os objetivos destes estudos visam validar uma escala de *empowerment* para grávidas portuguesas; conhecer o nível de *empowerment* das grávidas da amostra e relacionar o nível de *empowerment* das grávidas da amostra com o grau de valorização que atribuem a um conjunto de estratégias de preparação para o parto.

**A sua participação é anónima e voluntária.**

**É livre de recusar participar no estudo.**

É importante realçar que a não participação não irá interferir no seu atendimento e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde desta instituição.

---

Clara Maria Cardoso da Silva Aires

---

Isabel Maria Fonseca Ferreira

---

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar nesta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para os presentes estudos.

---

(Assinatura da Grávida)





### ANEXO III - Instrumento de colheita de dados -



Nº \_\_\_\_\_

Ao preencher este questionário, por favor procure centrar-se na forma como se sente atualmente e seja honesta, de modo que as suas respostas reflitam os seus verdadeiros sentimentos.

De seguida encontram-se frases relacionadas com a sua gravidez, o nascimento do seu bebé e a sua vida familiar.

Assinale com um X a resposta que melhor descreve a sua concordância com cada frase.

| POR FAVOR RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES E ASSINALE<br>APENAS <u>UMA</u> RESPOSTA                           | Concordo<br>Totalmente | Concordo | Discordo | Discordo<br>Totalmente |
|---|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 1.Consigo obter a informação que necessito dos profissionais de saúde.                                    |                        |          |          |                        |
| 2. Não consigo imaginar-me a criar um filho.  |                        |          |          |                        |
| 3. Posso pedir ajuda quando preciso.  |                        |          |          |                        |
| 4. Acredito ser capaz de fazer o que tenho a fazer durante a gravidez.                                    |                        |          |          |                        |
| 5. Mesmo quando me sinto ansiosa, consigo encontrar formas de alterar o meu estado emocional.             |                        |          |          |                        |
| 6. Não consigo imaginar que a minha família vai aumentar.   |                        |          |          |                        |
| 7. Acredito ser capaz de dar à luz como as outras pessoas.  |                        |          |          |                        |
| 8. Tenho a minha imagem ideal do parto.   |                        |          |          |                        |
| 9. Não estou confiante com a minha gravidez.  |                        |          |          |                        |
| 10.Estou entusiasmada com o parto.  |                        |          |          |                        |
| 11.Sinto carinho pelo meu bebé que ainda não nasceu.  |                        |          |          |                        |
| 12. Imagino como será a minha gravidez.   |                        |          |          |                        |
| 13. Quando não sei o que fazer, acredito ser capaz de pesquisar e resolver o problema por mim mesma.      |                        |          |          |                        |
| 14. Gostaria de desfrutar a minha gravidez.   |                        |          |          |                        |
| 15. Acredito ser capaz de lidar com o que me preocupa.  |                        |          |          |                        |
| 16. Consigo viver com uma atitude positiva.   |                        |          |          |                        |
| 17. Imagino como será o meu parto.  |                        |          |          |                        |
| 18. A minha família e amigos reconhecem a minha forma de ser.   |                        |          |          |                        |
| 19. Penso que a minha capacidade para o parto é mais fraca do que a das outras pessoas.                   |                        |          |          |                        |
| 20.Estou ansiosa pela vida após o nascimento do meu filho   |                        |          |          |                        |
| 21.Consigo obter sempre a informação que necessito para definir o plano de parto e o local do nascimento. |                        |          |          |                        |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 22. Estou confiante sobre como lidar com a gravidez e de alguma forma fazer com que corra bem.                      |  |  |  |  |
| 23. Acredito ser capaz de decidir quando procurar o médico.   |  |  |  |  |
| 24. Posso pedir opinião e ajuda às outras pessoas de forma a atingir os meus objetivos.                             |  |  |  |  |
| 25. Sinto realmente que vou ser mãe.  |  |  |  |  |
| 26. A minha família e amigos compreendem a minha situação atual, dando-me apoio e dizendo: “Podes ser tal como és.” |  |  |  |  |
| 27. Estou satisfeita com a minha vida.  |  |  |  |  |

De seguida encontram-se frases relacionadas com a perspetiva que cada pessoa tem sobre a sua vida e como toma decisões. Assinale com um X a resposta que melhor descreve a sua concordância com cada frase.

**POR FAVOR RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES E ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA.**

|   | Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
|---|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1. Consigo determinar quase sempre tudo o que irá acontecer na minha vida.              |                     |          |          |                     |
| 2. As pessoas estão limitadas apenas por aquilo que acham que é possível.               |                     |          |          |                     |
| 3. As pessoas têm mais poder se atuarem como grupo.                                     |                     |          |          |                     |
| 4. Ficar chateado com alguma coisa nunca ajuda.   |                     |          |          |                     |
| 5. Tenho uma atitude positiva comigo próprio(a).  |                     |          |          |                     |
| 6. Normalmente, tenho confiança nas decisões que tomo.                                  |                     |          |          |                     |
| 7. As pessoas não têm o direito de ficar zangadas só porque não gostam de alguma coisa. |                     |          |          |                     |
| 8. A maior parte dos problemas (adversidades) na minha vida devem-se à má sorte.        |                     |          |          |                     |
| 9. Vejo-me a mim próprio como uma pessoa capaz.   |                     |          |          |                     |
| 10. Refilar nunca nos leva a lado nenhum.   |                     |          |          |                     |
| 11. Trabalhando em conjunto, as pessoas podem ter um efeito na sua comunidade.          |                     |          |          |                     |
| 12. Muitas vezes sou capaz de ultrapassar barreiras.                                    |                     |          |          |                     |
| 13. Sou geralmente otimista em relação ao futuro.                                       |                     |          |          |                     |
| 14. Quando faço planos, tenho quase a certeza que sou capaz de os                       |                     |          |          |                     |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| concretizar.  |  |  |  |  |
| 15. Ficar chateado com alguma coisa é muitas vezes o primeiro passo para mudá-la.               |  |  |  |  |
| 16. Normalmente sinto-me sozinho(a).  |  |  |  |  |
| 17. Os especialistas estão mais aptos para decidir o que as pessoas devem fazer ou aprender.    |  |  |  |  |
| 18. Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.                             |  |  |  |  |
| 19. Geralmente realizo com sucesso aquilo a que me proponho.                                    |  |  |  |  |
| 20. As pessoas deviam tentar viver as suas vidas da forma que desejam.                          |  |  |  |  |
| 21. Não se pode lutar contra as decisões.   |  |  |  |  |
| 22. Sinto-me impotente a maior parte das vezes.   |  |  |  |  |
| 23. Quando estou inseguro em relação a qualquer coisa, normalmente, vou atrás do grupo.         |  |  |  |  |
| 24. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos tanto quanto os outros.                      |  |  |  |  |
| 25. As pessoas têm o direito de tomar as suas próprias decisões, mesmo que estas sejam erradas. |  |  |  |  |
| 26. Sinto que tenho bastantes qualidades.   |  |  |  |  |
| 27. Muitas vezes um problema pode ser resolvido se tomarmos a iniciativa de fazer alguma coisa. |  |  |  |  |
| 28. Trabalhar com as pessoas da minha comunidade pode ajudar a mudar as coisas para melhor.     |  |  |  |  |

|   |           |   |           |
|---|-----------|---|-----------|
| Comparando com as pessoas da sua idade, considera o seu estado de saúde | Muito mau | <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> </div> | Muito bom |
|---|-----------|---|-----------|

|  |                              |                              |                                  |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Sente-se confiante na sua vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> | não sei <input type="checkbox"/> |
| Sente-se confiante na sua vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> | não sei <input type="checkbox"/> |
| Sente-se confiante na sua vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse                          | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> | não sei <input type="checkbox"/> |

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Nº de anos de escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Semanas de gravidez:** \_\_\_\_\_ semanas

**Já esteve grávida anteriormente?** não ☐ sim ☐

**Fez tratamentos de fertilidade:** ☐

**Esta gravidez é desejada:** não ☐ sim ☐

**Tem filhos?** não ☐ sim ☐

Se tem filhos:

**Qual o tipo de parto?**

vaginal ☐ ventosa/fórceps ☐ cesariana ☐

**Como considera a experiência?**

positiva ☐ negativa ☐

**Teve complicações durante esta gravidez?**

não ☐ sim ☐ Se sim, quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Está a frequentar sessões práticas de preparação para o parto?** não ☐ sim ☐

## INFORMAÇÕES GERAIS

Caso surja alguma dúvida durante o preenchimento deste instrumento, sinta-se à vontade para contactar as investigadoras através dos contactos abaixo indicados. Teremos muito gosto em poder ajudar.

Clara Aires TM 934288330 Email: [clara.aires@inutero.pt](mailto:clara.aires@inutero.pt)

Muito Obrigada Pela Participação

Clara Aires

ANEXO IV - Pedido e autorização aos autores para a utilização  
da *Empowerment Scale for Pregnant Women*





**Subject:** Validation of empowerment scale for pregnant women

Enf. Isabel Ferreira  
Especialista em Saúde Materna e Obstétrica  
TM 916488787

**GIMNOGRÁVIDA**  
Preparação para Parto e Maternidade  
Av. da Boavista n.º 1015, 2.º, Sala 201, 4100-128 Porto  
[www.gimnogravid.pt](http://www.gimnogravid.pt)

**Assunto:** Re: Validation of empowerment scale for pregnant women

Good luck in your research.

\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*

\*\*\*\*\*



ANEXO V - Pedido e autorização aos autores para a utilização  
da versão portuguesa da Escala de *Empowerment* de Rogers *et*  
*al.*







**Enviada:** sexta-feira, 2 Fevereiro de 2012 17:00

**Para:** [cbastos@esenf.pt](mailto:cbastos@esenf.pt)

**Assunto:** Pedido de autorização Escala Empowerment

Muito boa tarde,

Somos duas alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEP, sob a orientação da Professora Teresa Martins e Coorientação da Prof. Maria Rui Sousa.

Ambas as dissertações acima referidas versam a temática do Empowerment:

Clara Aires – tema: Tradução e validação da escala de empowerment da grávida

Isabel Ferreira – tema: A importância atribuída pelas grávidas ao papel do enfermeiro: análise de dois modelos conceptuais de cuidados

Vimos por este meio solicitar a autorização para utilizar nas nossas colheitas de dados a Escala de Empowerment validada em “Empowerment em Adultos da Comunidade - estudo preliminar de adaptação de uma escala para a população portuguesa” de 2011 [versão portuguesa da “Empowerment Scale” de Sally Rogers (1997)].

Cumprimentos

Isabel Ferreira

Clara Aires

---

De: [cbastos@esenf.pt](mailto:cbastos@esenf.pt) [mailto:[cbastos@esenf.pt](mailto:cbastos@esenf.pt)]

Enviada: terça-feira, 17 de Março de 2012 12:30

Para: Isabel Ferreira

Assunto: RE: Pedido de autorização Escala Empowerment

Boa tarde, Isabel e Clara

Relativamente à Escala de Empowerment, podem utilizar a versão por nós estudada. Desejo-vos o maior sucesso no vosso trabalho.

Atentamente,

Maria Celeste Bastos M. Almeida









ANEXO VI - Relatório da reunião de tradução da *Empowerment scale for pregnant women*



## **Relatório: Tradução da *Empowerment scale for pregnant women***

O processo de tradução é uma das etapas para a validação de uma escala. Este processo rigoroso deve ser mais do que uma tradução e contemplar também a adaptação cultural, ajustando as palavras aos contextos culturais, procurando manter o sentido e conceito originais.

Conforme sugerido por Beaton *et al.* (2002) foi feita solicitada a tradução a um tradutor com grande domínio do idioma original e daquele para o qual o instrumento será traduzido. Para além desta, foi também pedida a tradução individual a um grupo de três peritos: duas professoras de enfermagem, especialistas na área da saúde materna e obstétrica, mestres e a terminar doutoramento e uma enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica com grande experiência de trabalho direto com grávidas na área da preparação para o parto e parentalidade, todas com bom domínio da língua original.

A investigadora após ter recebido a tradução do tradutor, reuniu-se com as três peritas para avaliação e comparação das traduções com o instrumento original. Na reunião estabeleceu-se uma discussão relativa à palavra *empowerment*, uma vez que as traduções não foram consensuais e surgiram as palavras: fortalecimento; auto-capacitação e empoderamento. Visto os termos não terem equivalência de significado e ou serem consensualmente utilizados como sinónimo do termo original, as peritas optaram por manter a palavra original *empowerment*.

Visto a autora ser Japonesa e traduzido a escala para inglês, sendo esta a versão alvo de tradução para português, as peritas sugeriram que fosse confirmado com a autora alguns termos e expressões por forma a assegurar que o sentido é mantido na tradução, como no caso do item 35 a palavra "doctor" e no item 32 "birth plan and facilities for childbirth".

Para a escolha de expressões e/ou palavras as peritas tiveram em consideração as condições sócio económicas e o nível de escolaridade da população a que se destina o instrumento, por forma a potenciar a fácil compreensão do mesmo. Foi obtida uma versão consensual em língua portuguesa.